

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 549

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 16 Juillet 1900*

PAR

**Honoré-Charles GRUET**

Né à Bléneau (Yonne), le 24 novembre 1867

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE L'ÉPULIS

*Président :* M. TILLAUX.

*Juges :* { MM. POIRIER.  
LEJARS.  
LEGUEU.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1900



549

# THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Lundi 16 Juillet 1900*

PAR

**Honoré-Charles GRUET**

Né à Bléneau (Yonne), le 24 novembre 1867

---

CONTRIBUTION

A

# L'ÉTUDE DE L'ÉPULIS

---

*Président : M. TILLAUX.*

*Juges. :* { MM. POIRIER.  
LEJARS.  
LEGUEU.

---

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---



PARIS  
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1900

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                  | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                            | MM.            |
| Anatomie . . . . .                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie . . . . .                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutiques générales . . . . .                        | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TERRIER.       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale . . . . .                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale . . . . .                          | N.....         |
|                                                                         | CHANTEMESSE.   |
| Clinique médicale . . . . .                                             | { POTAIN.      |
|                                                                         | { JACCOUD.     |
|                                                                         | { HAYEM.       |
|                                                                         | { DIEULAFOY.   |
| Maladies des enfants . . . . .                                          | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | { BERGER.      |
|                                                                         | { DUPLAY.      |
|                                                                         | { LE DENTU.    |
|                                                                         | { TILLAUX.     |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | PANAS.         |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchement . . . . .                                       | { BUDIN.       |
|                                                                         | { PINARD.      |

## Agrévés en exercice

|                 |              |             |              |
|-----------------|--------------|-------------|--------------|
| MM. ACHARD.     | MM. DUPRÉ.   | MM. LEPAGE. | MM. THOINOT. |
| ALBARRAN.       | FAURE.       | MARFAN.     | VAQUEZ.      |
| ANDRÉ.          | GAUCHER.     | MAUCLAIRE.  | VARNIER.     |
| BONNAIRE.       | GILLES DE LA | MENETRIER.  | WALLICH.     |
| BROCA, AUGUSTE. | TOURETTE.    | MERY.       | WALTHER.     |
| BROCA, ANDRÉ.   | HARTMANN.    | ROGER.      | WIDAL.       |
| CHARBIN.        | LANGLOIS.    | SEBILEAU.   | WURTZ.       |
| CHASSEVANT.     | LAUNOIS.     | TEISSIER.   |              |
| DELBET.         | LEGUEU.      | THIERY.     |              |
| DESGREZ.        | LEIARS.      | TAIROLOIX.  |              |

*Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE  
DE MON PÈRE

ET  
DE MA MÈRE

---

A MON CHER FRÈRE

---

A MES AMIS

---

A

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

## AVANT-PROPOS

---

*Épulis ou épolie (επι ουλοις, sur les gencives) est un terme qui fut anciennement employé pour désigner l'ensemble des diverses tumeurs qui peuvent faire saillie sur le rebord alvéolaire des mâchoires. On y comprenait même certaines productions d'origine inflammatoire, et la confusion régna longtemps sur la question de savoir quelles limites exactes il fallait attribuer au terme par lequel on définissait la maladie. Peu à peu, au fur et à mesure que la texture intime des tumeurs fut mieux connue, on écarta d'abord toutes celles qui pouvaient avoir quelque rapport avec l'inflammation, puis un partage se fit entre les autres, et l'on chercha à retenir seulement celles d'entre elles qui, par leur parenté, pouvaient présenter un tableau clinique caractéristique. C'est ainsi que l'épithélioma se trouva séparé d'une affection dans laquelle il avait jusqu'alors été classé.*

*Encore aujourd'hui, l'accord n'est pas unanime entre les auteurs, malgré une tendance manifeste à ne plus ranger sous le nom d'épulis que les tumeurs conjonctives.*

*Pour nous, puisqu'il faut établir notre définition, nous n'admettons sous cette appellation que deux genres de néoplasmes, le fibrome et le sarcome, nés de la charpente osseuse du rebord alvéolaire, et qui, tant par leur point de départ que par leurs symptômes, leur évolution et leur marche habituelles,*

nous paraissent former un ensemble, un tout ayant une individualité bien nette et bien marquée.

Nous n'avons pas la prétention de fournir des éléments bien nouveaux à une question qui, peu souvent traitée, ne laisse pourtant pas d'être connue. En apportant le tribut de nos quelques observations, il nous suffira d'insister plus spécialement sur l'intérêt que comporte, au point de vue du pronostic et du traitement, la distinction entre les deux formes de l'épulis, et de faire ressortir la gravité qui s'attache à la récidive de la variété sarcomateuse, où il est possible de voir la tumeur repulluler sous les allures du sarcome du maxillaire ou ostéosarcome.

En terminant ce modeste travail, le devoir s'impose à nous d'exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres, qui, par leur pratique, leur parole et leurs écrits, ont eu la plus large part dans notre éducation médicale. Nous sommes heureux de rendre hommage à leur bienveillance, à leur dévouement et à leur science. Nous n'oublierons pas leurs enseignements, et s'il ne nous est plus permis désormais de recueillir leurs leçons, du moins nous aurons à cœur de continuer à nous inspirer de leurs idées et de leurs œuvres et par là nous resterons encore leur élève.

A tous ceux qui nous ont guidé de leurs conseils dans cette étude et qui nous ont apporté le concours de leur expérience, nous adressons nos plus vifs remerciements, en particulier à M. Rivet, ancien interne de M. le Professeur Le Dentu.

Qu'il nous soit permis d'offrir à notre éminent maître, M. le Professeur Tillaux, l'hommage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

---

# CONTRIBUTION

## A L'ÉTUDE DE L'ÉPULIS

---

### CHAPITRE I

---

#### Historique.

---

Ambroise Paré est peut-être le premier auteur qui ait fourni une description un peu précise de l'épulis. Le chapitre qu'il consacre à cette maladie, aussi remarquable par son exactitude que par sa concision, mérite d'être reproduit intégralement.

« Épulis, dit-il, est une excroissance de chair qui se fait aux  
« gencives entre les dents, qui peu à peu croist, quelquefois de  
« la grosseur d'un œuf ou plus, de façon qu'elle garde de parler  
« et de mascher, jettant une humidité saliveuse d'odeur fétide ; et  
« souvent se tourne en chancre, ce que l'on cognoistra par la  
« douleur, chaleur, et austres accidens ; et lors n'y faut toucher  
« par l'œuvre de main. Mais à celle qui n'est douloureuse,  
« on la pourra extirper, ce qui se fera en la liant et serrant avec  
« un fil double, iusques à ce qu'elle tombe ; puis estant cheutée,  
« faut cautériser sa racine, ou autrement reviendrait, avec un  
« cautère cannelé dessus escrit, ou avec un potentiel comme

« huile de vitriol ou eau forte si proprement appliqué, qu'il ne  
« fasse lésion aux parties saines. l'en ai amputé qui estoient si  
« grosses que partie d'icelles sortoit hors la bouche, qui rendoit  
« le malade fort hideux à voir, et iamais aucun chirurgien n'en  
« avoit osé entreprendre la guarison, à cause que la dite  
« excroissance estoit de couleur livide; et ie considérois, outre  
« cette lividité, qu'elle n'avoit point ou peu de sentiment; donc  
« ie pris la hardiesse de la couper, puis cautériser, et le malade  
« fut entièrement guarý; non toutefois à une seule fois, mais  
« à plusieurs, à cause qu'elle repulluloit, combien que ie l'eusse  
« cautérisée. Et qui en estoit cause, c'estoit une petite portion  
« de l'os de l'alvéole, où sont insérées les dents, qui estoit altéré  
« et pourry.

« l'en ay souventes fois trouvé qui par longue espace de  
« temps, s'estoient dégénérées en cartilage, voire en os, et  
« partant, le plus tôt qu'il sera possible, on viendra à la cura-  
« tion. Car lorsqu'elles sont petites et non enracinées, sont plus  
« faciles à curer, d'autant qu'on trouve seulement un humeur  
« glaireux dedans, qui petit à petit s'endurcist et les rend très  
« difficiles à curer<sup>1</sup>. »

Il est impossible de donner en quelques lignes une description plus exacte de l'affection qui nous occupe. En effet, presque toutes les espèces ou variétés d'épulis admises par les auteurs de nos jours s'y trouvent signalées; de même que les dangers qu'entraînent quelques-unes d'entre elles. Une seule chose est à reprendre, c'est le conseil de ne pas toucher à celles de ces tumeurs qui sont cancéreuses; mais en cela, Ambroise Paré ne faisait que partager une opinion généralement admise par ses prédécesseurs et ses contemporains.

Les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, qui renferment tant de travaux intéressants, contiennent un seul mémoire relatif

1. *Œuvres* d'AMBROISE PARÉ, 12<sup>e</sup> édition, Lyon, 1864, p. 188.

à l'épulis. Cet article intitulé « Excroissance fongueuse des gencives » se compose de six observations, dont cinq sont empruntées à divers auteurs anciens, et qui toutes laissent beaucoup à désirer sous le rapport de la nature des tumeurs et de leur structure. La doctrine d'A. Paré relativement au traitement est celle qui est adoptée par l'Académie de Chirurgie.

Antérieurement et depuis lors, divers auteurs tels que Manget, Lourdau, Desault, etc., ont rapporté des observations de tumeurs gingivales, mais sans plus insister et sans en faire l'objet d'une étude particulière.

Léveillé a donné sous le nom d' « Ostéosarcome ou fungus des mâchoires » une description des tumeurs des gencives dont nous extrayons quelques passages<sup>1</sup> :

« Une excroissance rouge, dit-il, fait saillie sur la membrane  
« qui revêt les alvéoles ; est indolente, immobile, rarement molle  
« et fongueuse, plus souvent dure, rénitente, calleuse ou carti-  
« lagineuse. Rarement elle dégénère en cancer ; sans doute  
« parce que le malade succombe trop tôt aux incommodités  
« dont il est tourmenté. Cette tumeur est toujours avec altéra-  
« tion de l'os, dans le parenchyme duquel elle a son siège.  
« L'ouverture des cadavres ne montre qu'une substance homo-  
« gène, dure, lardacée, commune aux gencives, au tissu cellu-  
« laire, aux muscles, aux os, et dans laquelle les dents, à peine  
« visibles, par leur couronne sont mobiles, vacillantes et à  
« peine cariées. Cette autopsie porte à conclure que le siège  
« primitif de cette lésion organique est dans le parenchyme de  
« l'os, dont les fonctions nutritives ne sont plus régulières, et  
« dans lequel l'assimilation calcaire n'a plus lieu. »

Richerand mentionne à peine la maladie dont nous parlons.

Quant à Boyer, il se contente de décrire, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, les deux formes les plus simples de

1. LÉVEILLÉ, *Nouvelle doctrine chirurgicale*, t. IV, p. 305, Paris, 1812.

l'épulis : les unes, dit-il, sont lisses et unies à leur surface, les autres ont des gercures, des crevasses et des ulcérations, d'où découle une sanie puante. Il ne dit rien de la composition et de la structure intime de ces tumeurs qu'il paraît considérer comme généralement bénignes.

L'auteur de l'article « Épulis » du *Dictionnaire des Sciences médicales* commence par distinguer le scléro sarcome ou sarcome du maxillaire des tumeurs des gencives ou épulis ; puis il établit cinq variétés de cette dernière affection :

1° L'épulis simple sans altération des gencives ; 2° l'épulis cartilagineuse ; 3° l'épulis occasionnée par la carie d'une ou plusieurs dents ; 4° l'épulis avec carie de l'os maxillaire ; 5° l'épulis produite par la nécrose de l'os maxillaire. C'est là une classification arbitraire, et l'analyse des faits et observations rapportés par cet auteur montre que ces divisions ne sont rien moins que scientifiques.

Bégin, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, paraît admettre deux variétés distinctes d'épulis : « La texture des tumeurs qui nous occupent, dit-il, est ordinairement molle, spongieuse, vasculaire. Elles se gonflent et se durcissent sous l'influence des excitations buccales, puis s'affaissent et perdent de leur volume lorsque le sang cesse d'être appelé dans leur tissu. D'autres fois, elles sont dures, fibreuses, incompressibles, composées d'un tissu serré, peu vasculaire, à lames résistantes et entrecoupées dans toutes les directions. »

Marjolin et Bérard, auteurs de l'article « Gencives » du *Dictionnaire de Médecine*, en admettent trois espèces différentes. « Les unes, disent-ils, sont molles, fongueuses, indolentes ; elles ont la plus grande analogie avec les fongosités que l'on voit quelquefois se former à la surface des ulcères atoniques et des os cariés. Elles sont d'un rouge obscur, se déchirent et saignent avec facilité, et sont ordinairement occasionnées par la carie

« et la nécrose d'une dent ou d'une portion du bord alvéolaire.

« D'autres épulis sont d'un tissu plus ferme, plus élastique, « d'un rouge plus vif; elles s'affaissent quand on les comprime, « on y sent des pulsations artérielles. Ces tumeurs sont recouvertes par la membrane des gencives; leur organisation paraît « être la même que celle des tumeurs érectiles. Enfin on rencontre des épulis dures, bosselées, pâles ou d'un rouge violet, « dont les unes sont indolentes et les autres le siège de douleurs « sourdes ou d'élançements plus ou moins vifs. »

Samuel Cooper<sup>1</sup> expose les causes de ces tumeurs, les accidents qu'elles occasionnent et leur traitement; mais il s'étend fort peu sur leur structure. « Le tissu des épulis est, dit-il, généralement mou, spongieux et vasculaire; mais quelquefois « aussi il est dur, fibreux, incompressible et doué de peu de « vascularité. » Il ajoute que « lorsqu'elles sont molles et vasculaires, elles proviennent pour la plupart de la gencive elle-même, tandis que celles de tissu fibreux ou fibro-cartilagineux ont presque toujours leur point de départ dans les « alvéoles. »

Les auteurs du nouveau *Dictionnaire de Nysten*, MM. Littré et Robin, admettent également et décrivent les trois variétés d'épulis de Marjolin et Bérard, et voici leur opinion sur l'anatomie pathologique de ces néoplasmes : « L'étude de la structure « des tumeurs appelées épulis montre qu'on désigne sous un « même nom trois espèces de productions morbides : 1° de simples « végétations formées autour de quelque dent cariée, composées « de matière amorphe, d'éléments fibro-plastiques et d'une « trame de tissu cellulaire; 2° des tumeurs fibreuses du périoste « ayant ou non envahi l'os ou partant seulement de la gencive; « 3° les épulis dites érectiles, envahissant toujours plus ou

1. *Traité élémentaire de Pathologie chirurgicale.*

« moins le maxillaire, et souvent les épulis dites cancéreuses,  
« qui ont pour élément essentiel des myéloplaxes, élément  
« normal des os, puis des éléments fibro-plastiques, des médullo-  
« celles, des fibres de tissu cellulaire et des vaisseaux souvent  
« nombreux. Ayant pour élément fondamental un élément qui  
« existe normalement dans les os, il n'est pas étonnant que la  
« tumeur enlevée récidive. C'est cette récidive et les caractères  
« physiques de la tumeur qui l'ont fait confondre avec le cancer.  
« Toutefois en général elles ne récidivent pas lorsque l'ablation  
« n'a pas laissé de tissu malade dans l'os. On comprend que le  
« point de départ du mal étant un élément de la moelle des os,  
« ceux-ci soient envahis par les tumeurs. Mais ce qu'il y a de  
« particulier à noter, c'est la résorption du tissu osseux devant  
« le tissu mou qui s'agrandit<sup>1</sup>. »

Vidal de Cassis s'est occupé des tumeurs vasculaires des gencives à propos des dégénérescences du maxillaire inférieur, mais il a englobé dans une description commune les tumeurs vasculaires des gencives proprement dites et celles de l'os maxillaire inférieur, de sorte qu'il est difficile de distinguer dans le tableau qu'il en a tracé la part qui revient aux unes et aux autres. « Dans  
« quelques cas, dit-il, l'affection s'est montrée d'abord dans le  
« tissu des gencives et n'a envahi les parties voisines que consé-  
« cutivement. Le malade se plaint d'abord d'une douleur sourde  
« avec redoublements lancinants; puis les dents tombent; le  
« tissu érectile prend la place du tissu osseux; les gencives et  
« la membrane muqueuse qui tapisse la mâchoire s'altèrent et  
« subissent la dégénérescence vasculaire. De proche en proche, le  
« tissu érectile finit par envahir toute l'épaisseur du corps de la  
« mâchoire<sup>2</sup>. »

Lébert, dans sa *Physiologie pathologique*, range les tumeurs du bord alvéolaire parmi les tumeurs fibro-plastiques, car il y

1. *Dictionnaire de Nyssen.*

2. VIDAL DE CASSIS, *Traité de Pathologie externe*, t. IV, p. 154.

avait découvert un élément qu'il n'avait rencontré nulle part et qu'il nommait cellules mères.

E. Nélaton fait dans sa thèse une excellente étude des tumeurs à myéloplaxes. Citons encore les noms de Verneuil, Broca, Magitot. En 1880 Gœury publie dans sa thèse le résumé des connaissances à cette époque sur les tumeurs du bord alvéolaire. Enfin signalons plus tard la thèse de Philippeau en 1886. — La question épulis est développée dans les excellents traités de chirurgie de ces dernières années, et l'on y trouve les notions actuellement acquises sur cette maladie.

---

## CHAPITRE II

---

### Étiologie.

---

Les origines de l'épulis sont, comme celles de toutes les tumeurs en général, fort obscures ; on ne sait rien de précis à ce sujet, et il ne faut attacher qu'une importance relative aux indications fournies jusqu'à ce jour.

Les causes générales sont l'âge d'abord, qui paraît exercer une certaine influence. Le plus souvent, c'est chez les enfants et les adultes qu'on voit survenir les épulis ; les tumeurs à myéloplaxes surtout se rencontrent chez les jeunes sujets, tandis que les tumeurs fibromateuses sont plutôt l'apanage de l'âge adulte.

Le sexe ne semble jouer aucun rôle, suivant les divers auteurs que nous avons consultés : les uns donnent le maximum à la femme, les autres à l'homme. L'hérédité néoplasique ne paraît pas être signalée. Le tempérament arthritique a été invoqué : les arthritiques feraient, dit-on, plus facilement des tumeurs que les autres, hypothèse toute gratuite d'ailleurs.

A côté de ces causes générales vagues et sans contrôle scientifique, il faut accorder par contre une plus grande valeur aux causes locales. Souvent c'est consécutivement à l'ablation d'une dent mauvaise que l'on voit apparaître l'épulis.

Pour préciser, c'est surtout dans les cas où l'extraction a été incomplète, et où l'alvéole a gardé un fragment carié, un chicot,

dont l'action irritante sur les tissus voisins finit par provoquer la production néoplasique.

Le traumatisme est souvent pris à partie par les malades pour expliquer le développement de leur tumeur ; ils en rattachent l'origine à un coup reçu antérieurement sur la mâchoire. Mais c'est là encore, comme l'irritation, un fait banal dans l'étiologie des tumeurs. Ajoutons que le traumatisme est noté parfois comme le point de départ d'un accroissement rapide dans le volume d'une épulis restée jusque-là stationnaire. Il semble dans certains cas donner comme un coup de fouet à la tumeur.

Bien d'autres causes ont encore été invoquées, sans d'ailleurs éclairer davantage la question. Nous les passerons sous silence pour aborder maintenant l'étude anatomo-pathologique de l'épulis.

---

## CHAPITRE III

---

### **Anatomie Pathologique.**

---

Nous ne reconnaissons sous le nom d'épulis que les tumeurs fibreuses et les tumeurs sarcomateuses.

Voyons donc quelle est leur structure dans l'un et l'autre cas.

L'épulis fibrome est tantôt d'un volume peu considérable et forme une petite tumeur saillant entre deux dents qu'elle dévie, tantôt déborde en tous sens l'arcade alvéolaire et occupe une plus ou moins grande étendue de la mâchoire. Sa composition intime est toujours la même : c'est du fibrome fasciculé, c'est-à-dire du tissu conjonctif adulte en faisceaux entrecroisés dans divers sens, assez régulièrement groupés cependant en petits pelotons arrondis ou lobules dont l'agglomération constitue la masse totale.

Ces fibromes subissent assez souvent certaines transformations partielles qui en modifient l'aspect primitif. La calcification, si fréquente dans les fibromes en général, ne l'est pas moins ici ; on rencontre tantôt des flots de substance calcaire épars dans la tumeur, tantôt un simple noyau central ; et c'est en ce point d'ailleurs, le plus éloigné des vaisseaux, que la créification commence d'ordinaire.

D'autres fois ce sont des tractus irréguliers qui traversent toute l'étendue du fibrome et lui forment comme une charpente calcaire. On a également signalé une disposition, plus fréquente du reste, dans les épulis sarcomateuses : ce sont des aiguilles osseuses partant de la base de la tumeur et qui rayonnent de ce point dans toute son épaisseur.

L'épulis fibromateuse, comme tous les fibromes, est ordinairement pauvre en vaisseaux sanguins, ce qui explique ce que nous verrons tout à l'heure aux symptômes : à savoir que le plus souvent, au niveau du néoplasme, la muqueuse gingivale conserve sa coloration normale.

A une période tardive, on peut observer à la surface des épulis fibreuses des points d'ulcération et de suppuration qui sont dus aux pressions extérieures, aux frottements réciproques des dents et des gencives avec les aliments ; la suppuration des parties centrales ne se voit guère qu'à la suite des ponctions faites pour reconnaître la nature de la tumeur.

Le point de départ de l'épulis fibreuse a été l'objet de nombreuses discussions ; il semble tout naturel d'en attribuer l'origine au périoste alvéolo-dentaire, surtout si la carie dentaire paraît avoir eu quelque influence sur son développement, ou si on la voit survenir à la suite de l'ablation d'une dent.

Quant à l'épulis sarcomateuse, son point de départ anatomique est variable. D'après E. Nélaton<sup>1</sup>, il serait toujours dans la moelle osseuse. Les éléments médullaires des canalicules de Havers, qui s'abouchent à la surface de l'os, suffisent à expliquer le développement de la tumeur lorsque la lame compacte sous-jacente est complètement intacte ; lorsqu'elle est au contraire perforée, il est plus facile encore de comprendre que la maladie débute dans les aréoles du tissu spongieux mis à découvert. La tumeur de l'arcade alvéolaire peut n'être enfin

1. NÉLATON, *Thèse*, Paris, 1860.

que le prolongement d'une tumeur intra-osseuse dont la partie principale est encore contenue dans l'épaisseur de la mâchoire.

Virchow<sup>1</sup> paraît admettre au contraire que l'épulis sarcome serait le plus souvent une production sous-périostique. Il cite à l'appui de son opinion des observations de Verneuil et Velpeau, et d'autres semblables où la tumeur est séparée de la surface de l'os ancien par une base osseuse ; le plus souvent, il est vrai, elle est entièrement molle, mais reçoit dans son épaisseur, à la manière des autres sarcomes périostaux, de nombreuses aiguilles osseuses ; lorsque l'os est érodé et que le tissu morbide pénètre dans son épaisseur, le fait peut s'expliquer par une altération secondaire du tissu osseux.

Enfin il arrive souvent que le néoplasme paraît sortir de l'intérieur d'un alvéole. Magitot<sup>2</sup> rapporte une série d'observations dans lesquelles des tumeurs à myéloplaxes développées au niveau des racines dentaires étaient cachées au fond de l'alvéole et purent être enlevées par l'extraction de la dent qui les portait. On peut admettre, dans ces circonstances, que la tumeur a pris naissance aux dépens du périoste alvéolo-dentaire.

Quel que soit, du reste, son point d'origine réel, l'épulis sarcomateuse forme ordinairement une masse molle, irrégulièrement arrondie, qui paraît implantée à la surface de l'os, soit sur le bord libre de l'arcade dentaire au niveau de la petite cloison osseuse qui sépare deux alvéoles voisins, soit sur la face antérieure ou postérieure dans un point rapproché du bord libre, soit enfin, le plus souvent, dans l'intérieur même de l'alvéole dont elle semble parfois émerger.

Dans un cas comme dans l'autre, si l'on pratique une coupe qui comprenne le tissu de formation nouvelle et l'os, on reconnaît que la tumeur se prolonge ordinairement dans l'épaisseur

1. VIRCHOW, *Traité des Tumeurs*, t. II.

2. MAGITOT, *Mémoires sur les Tumeurs du périoste dentaire*.

du maxillaire : tantôt celui-ci est simplement creusé d'une petite anfractuosité irrégulière, tantôt la perte de substance est plus profonde. Il est ordinairement possible de reconnaître aussi à l'œil nu que la tumeur est traversée, au moins à sa base, par des prolongements osseux de volume et de nombre variables. Il est exceptionnel qu'entre la tumeur et l'os, il n'existe aucune connexion apparente ; ce point d'anatomie pathologique est, on le comprend, d'une grande importance pour le traitement.

Le néoplasme est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins, ce qui explique la coloration violacée de la muqueuse qui les recouvre, et les hémorragies abondantes qui peuvent suivre l'ablation.

Quand l'épulis a atteint un certain volume, son tissu peut, par endroits, se ramollir et se creuser de cavités kystiques contenant soit du sang, soit de la sérosité plus ou moins sanguinolente.

La tumeur est essentiellement constituée par l'élément myéloplaxe qui forme deux tiers ou trois quarts de la masse totale. On y trouve de plus des éléments fibro-plastiques, graisseux, et des médullocelles. C'est sur la prédominance de ces éléments que se fonde Nélaton pour décrire trois variétés de tumeurs à myéloplaxes : 1° la variété franche, constituée par du tissu myéloplaxique à peu près pur ; 2° la variété fibroïde, où l'élément fibreux est plus abondant ; 3° la variété graisseuse, dans laquelle l'emportent les cellules graisseuses.

Il est juste d'ajouter que les divisions établies entre les différentes variétés de sarcome ne sont guère qu'artificielles.

Malgré la prépondérance ordinaire ici du myéloplaxe, il existe toujours à côté de lui des cellules rondes et fusiformes, qui peuvent entrer en jeu à leur tour et prendre le pas, à un moment donné, sur les éléments myéloïdes, modifiant ainsi non seulement la texture de la tumeur, mais encore et principalement son pronostic.

L'épulis sarcômateuse atteint rarement un volume considérable, parce que les malades se font ordinairement opérer de bonne heure. On cite cependant des cas où la tumeur s'étendant en surface, occupait le bord alvéolaire sur une grande longueur, ou s'étendant en hauteur, avait envahi une portion considérable du maxillaire, se confondant ainsi avec l'ostéosarcome proprement dit, ou sarcome central.

## CHAPITRE IV

---

### Symptômes. — Évolution. — Pronostic.

---

#### § I. — SYMPTOMES.

---

Pour la commodité de la description clinique, nous distinguerons ici trois périodes :

- 1° Une période de début, pendant laquelle la tumeur n'est pas encore cliniquement constituée ;
- 2° Une période d'état ou de tumeur ;
- 3° Une période d'ulcération, à laquelle l'épulis aboutit très rarement d'ailleurs.

#### *1° Période de Début.*

A ce moment, le néoplasme n'existe pas encore, ou du moins est encore inaccessible à tous modes d'exploration. Ce sont les symptômes fonctionnels qui seuls inquiètent le malade et attirent l'attention du médecin.

Nous avons dit au chapitre d'anatomie pathologique, qu'habituellement la tumeur se développait dans les alvéoles dentaires et restait plus ou moins longtemps cachée dans leur cavité. Or

l'épulis augmentant peu à peu de volume comprime les dents et surtout les nerfs qui y aboutissent et donne lieu à des névralgies dentaires d'intensité variable.

Tantôt, en effet, les malades accusent simplement une sensation de tension profonde au niveau de la dent comprimée, tantôt, au contraire, ils se plaignent d'odontalgies atroces. Ces odontalgies sont quelquefois continues et ne tardent pas alors à jeter dans le désespoir les patients les plus courageux ; mais d'autres fois, et c'est même la règle, elles surviennent seulement sous forme de crises qui se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés.

Ces névralgies ne sont d'ailleurs pas toujours localisées aux seules dents malades ; au contraire, dans la grande majorité des cas, elles s'irradient dans toute la région voisine du siège de l'épulis. Celle-ci se développe-t-elle dans l'un des alvéoles des molaires inférieures gauches, par exemple, toute la moitié gauche de la mâchoire inférieure sera douloureuse au moment des paroxysmes.

Cependant en explorant attentivement par le palper les différentes dents de la région sensible, il est bien rare qu'on n'arrive pas à trouver un alvéole plus particulièrement douloureux, et au niveau duquel il est toujours possible par la simple pression de réveiller la douleur, même en dehors des crises. C'est cet alvéole qui renferme le corps du délit, l'épulis encore cachée, mais en voie de développement.

Ajoutons que les névralgies dont nous parlons vont d'ordinaire en augmentant graduellement d'intensité par suite de la compression croissante des nerfs dentaires. D'autre part, l'épulis intra-alvéolaire en augmentant de volume soulève la dent correspondante qui se trouve ainsi à un niveau différent de celui des dents voisines, et quelquefois finit par expulser la dent en question de son alvéole.

Quoi qu'il en soit, il est bien rare qu'à cette période le malade

ait recours aux soins du médecin. Presque toujours en effet, il attribue ses souffrances à de mauvaises dents et sa première idée est d'aller demander du soulagement au dentiste. La conduite de ce dernier est alors variable suivant les cas : si le patient a de mauvaises dents du côté douloureux, le dentiste les arrache toutes ; si au contraire les dents sont saines, il essaie tout d'abord différents topiques calmants ; puis, au bout d'un temps plus ou moins long, se laisse forcer la main par son client et lui arrache à contre-cœur une dent qu'il croit saine. A partir de l'extraction d'ailleurs, les douleurs cessent comme par enchantement et le patient s'imagine définitivement guéri, jusqu'au jour où il voit une petite tumeur faire saillie hors de l'alvéole malade.

Au lieu de se développer dans un alvéole garni de sa dent saine ou malade, l'épulis peut naître dans un alvéole vide, ou dans un espace interdentaire, ou sur les faces vestibulaire et buccale du rebord alvéolaire.

Les symptômes fonctionnels que nous venons d'étudier manquent alors complètement, et l'apparition de la tumeur constitue la première manifestation de la maladie.

## *2<sup>e</sup> Période d'État.*

Les seuls signes importants à cette période sont les signes physiques. Nous allons donc les décrire avec quelques détails.

A l'inspection, si l'on fait ouvrir la bouche au patient, on constate, soit sur les gencives inférieures, soit sur les gencives supérieures, l'existence « d'une petite excroissance lisse, arrondie, rouge, grosse comme un pois et généralement sessile<sup>1</sup>. » Cette excroissance est habituellement plus développée sur la face

1. BROCA, *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, article Épulis.

antérieure des gencives que sur leur face postérieure, mais il n'est pas rare cependant d'observer le phénomène inverse. Ajoutons que souvent une ou plusieurs dents sont en quelque sorte enchâssées dans la tumeur, soit totalement, soit partiellement et par un de leurs bords seulement.

Le volume de l'épulis est des plus variables. Tantôt celle-ci présente la grosseur d'un petit pois, tantôt elle a les dimensions d'une cerise, d'une petite noix ; dans certains cas exceptionnels, chez des malades particulièrement négligents, elle peut dépasser le volume d'une grosse noix. Lorsqu'il en est ainsi, la tumeur envahit non seulement le bord alvéolaire, mais encore les deux faces de la gencive correspondante. Elle cesse d'avoir une forme arrondie, régulière, et se moule sur la joue, sur la langue et sur les dents. La déformation des parties voisines peut alors être très accusée. C'est ainsi que Broca, dans son excellent article du traité de chirurgie, rapporte un cas de Liston dans lequel une épulis fibreuse, vieille de huit ans, avait pris un développement tel que le nez disparaissait dans la tuméfaction.

Enfin la gencive au niveau de l'épulis est, du moins à la période qui nous occupe, toujours parfaitement saine.

On n'observe jamais l'hémorrhagie proprement dite, mais souvent un suintement qui communique à l'haleine une odeur plus ou moins fétide, et des saignements passagers qui sont en rapport avec la succion et les frottements, et qui constituent parfois le premier signe ayant attiré l'attention du malade.

Le palper nous permet ensuite de nous rendre compte de l'adhérence intime de la tumeur à l'os. Pourtant le point d'implantation ne se fixe pas toujours sur le maxillaire par une base sessile, et il n'est pas rare de trouver un pédicule, quelquefois même très étroit, sur lequel il est possible d'imprimer des mouvements à la masse, ce qui se rencontrera surtout lorsque le néoplasme prend naissance dans la cavité de l'alvéole<sup>1</sup>.

1. TILLAUX, *Chirurgie clinique*, t. I.

Quant à la consistance, elle est assez variable. Ferme dans la majorité des cas, elle est quelquefois cependant molle, et même pseudo fluctuante, en particulier dans la forme pulsatile et tégumentaire dont nous parlerons tout à l'heure.

Le seul symptôme fonctionnel qui mérite d'être signalé à cette période est la gêne mécanique de la mastication, qui est habituellement proportionnelle au volume de la tumeur,

### *3<sup>e</sup> Période d'Ulcération.*

Il est rare que l'épulis, même abandonnée à elle-même, aboutisse à l'ulcération ; néanmoins cette terminaison est possible ; et c'est une raison suffisante pour que nous nous croyions obligé de décrire avec certains auteurs une troisième période clinique.

Cette ulcération ne se produit pas « par perte de substance » comme celle qu'on observe dans le cancer ; c'est une ulcération « par usure » analogue à celle que présente le sarcome.

Dans certains cas exceptionnels donc, la muqueuse gingivale, distendue d'une part par le néoplasme, irritée d'autre part par les pressions extérieures, se sphacèle en un point ; et par l'orifice irrégulier, déchiqueté, à bords décollés, ainsi produit, s'échappent des bourgeons plus ou moins volumineux. A ce moment, la tumeur présente le plus souvent une coloration violacée et sa consistance est particulièrement molle. Alors apparaît fréquemment l'engorgement des ganglions sous-maxillaires qui peut être attribué soit à la production néoplasique elle-même, soit plutôt à une infection banale ayant son point de départ au niveau de la solution de continuité. Presque toujours, d'ailleurs, l'ulcération ne s'observe que dans les cas d'épulis à transformation maligne. Aussi constate-t-on alors comme dans le cas de sarcome un retentissement rapide sur l'état général. Finalement la terminaison fatale survient par cachexie ou généralisation, exceptionnellement par suite d'hémorrhagies répétées.

## § II. — FORMES CLINIQUES.

---

Nous avons pris pour type de notre description clinique la forme classique de l'épulis. Mais il en existe d'autres formes qu'il nous faut maintenant passer rapidement en revue et qui tirent leur individualité soit de la prédominance des symptômes fonctionnels, soit du siège, soit de la nature histologique de la tumeur.

### *1° Formes suivant les symptômes fonctionnels.*

Nous avons vu qu'à la période de début, la douleur était la règle et simulait celle des névralgies dentaires. Or, quelquefois cette douleur présente une acuité extrême et se prolonge plus ou moins à la période d'état. On se trouve alors en présence de la forme dite névralgique.

Plus rarement la douleur manque complètement, tant à la période d'état qu'à la période de début. Il s'agit de la forme indolore, appelée encore latente par certains auteurs, parce que dans ce cas l'attention n'est attirée par aucun signe fonctionnel.

### *2° Formes suivant le siège.*

Notre description clinique a porté sur le cas le plus habituel, l'épulis se développant dans un alvéole, et nous venons de répéter que dans ce cas, les douleurs se présentent comme le cortège presque obligatoire de la tumeur. Moins fréquemment, le néoplasme prend naissance dans un espace interdentaire ou sur les faces buccale ou vestibulaire du bord alvéolaire, et l'on a affaire alors à une forme qui diffère ordinairement de la précédente, outre son siège, par l'absence de tout phénomène douloureux.

### *3° Formes suivant la nature histologique.*

La forme fibreuse dont nous avons parlé à propos de l'anatomie pathologique se développe avec une extrême lenteur et reste habituellement stationnaire après avoir acquis un certain volume. La tumeur dans ce cas est toujours dure, de coloration rouge et régulièrement arrondie.

La forme sarcomateuse peut évoluer de deux façons différentes :

Ou bien il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes, c'est-à-dire relativement bénin, et son allure est à peu près analogue à celle de la forme fibreuse; la tumeur est seulement plus foncée, plus irrégulière et plus volumineuse.

Ou bien il s'agit d'un véritable sarcome malin avec tous ses accidents, retentissement rapide sur l'état général, terminaison à brève échéance par cachexie ou généralisation. Dans ce cas, la tumeur est quelquefois, non seulement pseudo-fluctuante, mais animée de battements; c'est la forme pulsatile ou tégangiectasique, particulièrement grave.

---

### § III. — MARCHE.

---

Si la marche de l'épulis est à peu près stationnaire dans le cas de fibrome, (bien que dans certains cas on l'ait vue prendre des proportions considérables), l'évolution habituelle de la forme sarcomateuse n'est guère plus inquiétante et ne progresse qu'avec lenteur. Il ne faut pas oublier pourtant que cette production néoplasique peut se comporter comme une vraie tumeur maligne, envahir le corps du maxillaire et se confondre dès lors comme marche et comme pronostic avec l'ostéosarcome de la mâchoire ou sarcome central. C'est sous forme de sarcome du

maxillaire que se présentent les récidives, et leur gravité est bien autrement redoutable que celle de la tumeur enlevée primitivement (*Observation I*).

---

#### § IV. — PRONOSTIC.

---

Le pronostic de l'épulis est ordinairement des plus bénins, alors même qu'il s'agit de la forme sarcomateuse. Dans le cas de fibrome on n'observe pour ainsi dire jamais de récidive. En ce qui concerne l'épulis sarcomateuse, le plus souvent tout se passe sans accident ; et si l'on enlève complètement le pédicule de la tumeur avec la portion d'os qui lui donne insertion, on a toutes chances de ne pas voir survenir la rechute. Cependant nous nous rappellerons encore une fois que la récidive et la généralisation sont possibles ; que chez certains sujets, le sarcome du bord alvéolaire peut être aussi grave que le sarcome central, qu'il se développe parfois avec une énergie effrayante et que les opérations les plus radicales en apparence ne préviennent pas toujours un retour fatal. Quelquefois, après une marche lente tout d'abord, le tissu morbide s'étend tout à coup avec rapidité et se prend à évoluer comme le sarcome le plus dangereux.

Le pronostic de l'épulis sarcome doit donc être réservé, tout en se gardant d'effrayer le malade, puisque la gravité est ici l'exception, la bénignité pouvant être considérée comme la règle.

---

## CHAPITRE V

---

### Diagnostic.

---

Le diagnostic de l'épulis est facile à la période d'état : le siège de la tumeur dans un alvéole déshabité, ou plus rarement dans un interstice interdentaire ou sur les faces du rebord alvéolaire est déjà suffisamment caractéristique. Mais, ce qui n'a pas moins d'importance pour le traitement, il faut encore reconnaître si l'on se trouve en présence d'une tumeur à myéloplaxes. Le diagnostic comprend donc deux temps : 1° différencier l'épulis des autres néoplasmes alvéolaires, et 2° discerner la variété à laquelle on a affaire.

Auparavant, nous devons dire d'abord quelques mots du diagnostic à la période de début, alors que la tumeur uniquement intra-alvéolaire n'est pas visible à l'extérieur.

Par son développement dans l'alvéole où elle tend à se substituer à la dent, elle donne lieu, avons-nous dit, à des douleurs locales et irradiées ; de plus, modifie l'implantation de la dent qui s'ébranle et finalement tombe. A cette période, l'épulis ne peut guère qu'être soupçonnée ; et avant de s'arrêter à une opinion ferme, il faudra songer aux névralgies essentielles, puis à celles qui peuvent être dues à des causes générales : diabète, où ces névralgies sont bilatérales, surviennent sans cause apparente appréciable (nous ne parlons pas naturellement des cas où il y a gingivo stomatite) ; paludisme, où elles sont

quelquefois localisées à l'une des branches du trijumeau, revenant à intervalles fixes, cédant au sulfate de quinine et siégeant surtout sur la branche sus-orbitaire de l'ophtalmique.

Mais ce sont surtout les névralgies de cause locale qu'on devra éliminer.

La carie dentaire se reconnaît facilement, la dent malade est douloureuse au chaud et au froid, et s'il y a de la périostite, à la pression et à la percussion. N'oublions pas que cette carie est souvent l'origine de l'épulis et qu'une fois la dent arrachée, on pourra voir se développer la tumeur.

Si l'on se trouve en présence d'un sujet jeune, à l'époque de la seconde dentition, il est possible qu'on ait affaire à un odontome ; de même les kystes radiculaires sont parfois marqués par des névralgies à leur origine. Mais bientôt la dent douloureuse, repoussée par l'épulis, devient mobile et sa direction se trouve modifiée dans le sens vertical et dans le sens horizontal ; à ce moment, on l'arrache ou bien elle tombe d'elle-même, et l'apparition de la tumeur vient lever tous les doutes.

Au contraire, quand l'épulis, au lieu de naître dans l'alvéole, prend son point de départ sur un interstice ou sur les faces du rebord alvéolaire, la phase douloureuse manque, et l'on se trouve tout de suite en présence de la période d'état ou de tumeur.

On voit alors, comme nous l'avons dit, une petite excroissance lisse, arrondie, rouge, adhérente à l'os, généralement sessile, variable dans son volume, depuis un pois jusqu'à ces néoplasmes qui envahissent toute une arcade alvéolaire. La gencive est saine à cette période ; plus tard, quand la muqueuse est ulcérée, ce qui est dû d'ordinaire à une action mécanique, d'autres questions se posent dont nous parlerons ultérieurement.

Il est presque superflu de dire qu'il faudra tout d'abord éliminer la tuméfaction des gencives produite par les stomatites. Un abcès dentaire, par périostite alvéolaire, est aisément reconnais-

sable à sa saillie nettement circonscrite à la face externe de la gencive, à l'œdème collatéral développé à la joue ; la ponction au bistouri donne issue au pus et fait disparaître tous les accidents.

Tomes a décrit (Dental surgery, Londres 1839) une affection qu'il désigne sous le nom d'hypertrophie cémentaire et qui est caractérisée par la production d'une masse osseuse qui remplit progressivement l'alvéole. Quand elle est limitée à une des faces de l'alvéole, elle forme des petites nodosités recouvertes de muqueuse en partie et qui peuvent en imposer pour une épulis. Mais, on trouve facilement la saillie osseuse au-dessous, en écartant la muqueuse gingivale.

Les fongosités des gencives peuvent se développer au point de former de vraies masses papillaires, saignant avec facilité, se déchirant de même, et fournissant un suintement séro-purulent plus ou moins fétide. Leur siège exclusif est le tissu propre des gencives et peut-être aussi le périoste alvéolo-dentaire. Jamais elles n'envahissent l'os lui-même, et ne récidivent pas après ablation, si toutefois on supprime leur cause, qui est le plus souvent un chicot atteint de carie, dont la simple extraction même peut faire cesser tous les accidents.

Ces fongosités des gencives étaient rangées autrefois dans le cadre des épulis.

L'actynomycose de la mâchoire débute ordinairement par une dent cariée au niveau de laquelle se fait la pénétration du champignon. On constate d'abord des douleurs dentaires, puis un gonflement des gencives étendu au corps du maxillaire, le plus souvent à l'angle de la mâchoire. Mais bientôt la tumeur se ramollit, s'ouvre spontanément et donne issue à du pus séreux où l'on trouve les grains jaunes caractéristiques.

Une dent retenue anormalement dans l'épaisseur du maxillaire peut donner naissance à une inflammation chronique de l'os et à la production d'ostéite condensante. C'est ordinairement la

dent de sagesse qui est cause de cet accident. Une douleur sourde avec exaspérations passagères en est pendant longtemps le seul symptôme. Puis une tumeur se forme au niveau de l'angle de la mâchoire, dure, quelquefois bosselée et ayant pu, dans certains cas, donner l'illusion de l'ostéosarcome. L'absence de la dent de sagesse est presque le seul caractère différentiel. Toute autre dent, placée dans les mêmes conditions, peut donner lieu à une semblable complication. M. Forget, dans les *Anomalies dentaires*, page 36, rapporte un fait observé par Blandin, et dans lequel une tumeur du volume d'une noix, s'étendant en arrière de la dent canine sur la voûte palatine, fut prise pour un cancer de l'os. Ce ne fut qu'au moment de l'incision des parties molles que Blandin reconnut la présence de deux molaires incluses dans la voûte du palais.

Parfois une véritable tumeur osseuse prend naissance sous l'influence de l'irritation produite par la dent incluse. Lafont a présenté à l'Académie de Médecine (6 septembre 1831) l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle une tumeur se développa au bord alvéolaire du maxillaire supérieur, acquérant au bout de deux ans le volume d'une tête de fœtus; on pratiqua la résection de l'os, et au centre de la masse, qui parut de nature fibro-cartilagineuse, se trouvait une dent canine saine.

C'est dire qu'en présence d'une tumeur des gencives, il faudra toujours songer à l'exostose ou tumeur produite par la rétention d'une dent, et compter s'il n'en manque pas une sur le rebord alvéolaire.

Dans la syphilis, on rencontre quelquefois des exostoses des mâchoires; mais il est rare qu'elles siègent au niveau de l'arcade alvéolaire, et nous ne nous arrêterons pas à ce diagnostic; elles ont une base large et font entièrement corps avec l'os.

Voyons maintenant les tumeurs diverses, d'origine non inflammatoire, qui pourraient éveiller l'idée d'épulis.

On a décrit une maladie très rare, l'hypertrophie congénitale des mâchoires, qui est ordinairement étendue à tout le bord gingival et aux deux mâchoires, mais pouvant être limitée à un segment du rebord alvéolaire, à une des faces des gencives, et susceptible alors de faire croire à une épulis. Il s'agit d'une masse lobulée, ferme, insensible, rosée, faisant saillie entre les lèvres écartées et empêchant l'occlusion de la bouche ; dans cette masse sont enfoncées les dents quand on observe le sujet après leur issue. La tumeur débute dans les premiers mois qui suivent la naissance, mais il est possible qu'elle apparaisse plus tardivement. On note généralement chez ces malades une tendance à l'hypertrophie de tout le système tégumentaire avec développement exagéré des poils.

Les kystes dentaires, quand ils sont petits et siègent dans l'épaisseur de l'arcade alvéolaire, forment en arrière de la lèvre ou en dedans des joues, ordinairement à une certaine distance du bord dentaire, une tuméfaction tantôt à contours peu nets, tantôt bien limitée, sans altération appréciable de la muqueuse qui la recouvre.

Deux signes peuvent seuls permettre le diagnostic : c'est la crépitation osseuse et la fluctuation. Ils manquent toujours au début et apparaissent seulement lorsque l'os aminci fournit à la tumeur une coque flexible. Si l'on porte alors le doigt sur le néoplasme, la mince lamelle osseuse qui forme la paroi du kyste se laisse déprimer, puis revient à sa position première avec un bruit de craquement ou de crépitation fine. Lourdain compare heureusement ce bruit à celui que produiraient des coques d'œufs qu'on briserait entre les doigts. Le fait seul de la dépressibilité de l'os constitue un signe précieux. Plus tard, quand la paroi osseuse est complètement résorbée, la membrane fibreuse du kyste peut faire saillie sous la muqueuse gingivale et on peut obtenir alors une véritable fluctuation.

Ces symptômes permettent le diagnostic de kyste dentaire.

Dans certains cas l'enveloppe du kyste peut être épaissie, les douleurs vives et lancinantes, les ganglions tuméfiés, et des battements, dus à l'extrême vascularisation de la membrane kystique, être assez marqués pour qu'on ait pu croire à une tumeur sarcomateuse.

L'odontome, pendant la première période de son développement, occupe l'épaisseur du maxillaire et ne traduit son existence par aucun symptôme ou donne seulement lieu à des névralgies. La tumeur, quand elle est constituée, siège généralement dans la région des grosses molaires, est fusiforme, et occupe le voisinage du bord alvéolaire ; du moins, si elle en est distante tout d'abord, elle s'en rapproche de plus en plus en augmentant de volume, et finit par faire saillie au dessous de la gencive où il est possible d'apprécier sa consistance à la fois ferme et dépressible. En examinant l'état de la dentition, on constate habituellement l'absence d'une ou plusieurs dents. En effet, la dent affectée d'odontome reste généralement incluse dans l'épaisseur de la mâchoire ; de plus, la tumeur gêne par sa présence l'éruption des dents voisines et il n'est pas rare de voir ces dernières manquer complètement. Ce qui permet aussi de porter le diagnostic d'odontome, c'est l'époque du début de la tumeur : tout néoplasme qui apparaît dans le maxillaire après l'achèvement de l'évolution du système dentaire ne peut être un odontome.

Parfois les tumeurs du sinus maxillaire se font jour dans la bouche à travers une ou plusieurs alvéoles ; mais en pareil cas il existe toujours une déformation caractéristique de la face, des signes de compression du canal nasal, et l'éclairage du sinus montre que sa cavité est comblée par une masse solide.

Le cancer de la mâchoire débute quelquefois par le bord alvéolaire ; et ce sont ces cas qu'on désignait jadis sous le nom d'épulis épithéliales. Nous avons vu qu'il fallait éliminer l'épithélioma de la classe des épulis. Quoi qu'il en soit, la tumeur

naît dans l'épaisseur du bord alvéolaire ; la saillie qui se forme à ce niveau est d'abord recouverte par la muqueuse, qui est de couleur plus ou moins violacée, mais ne paraît pas encore avoir subi d'altération profonde ; bientôt la tuméfaction s'étend, s'ulcère, puis se transforme en une masse fongueuse, saignant facilement et gênant la mastication et la parole ; il y a un suintement ichoreux, fétide, les ganglions sous-maxillaires sont durs et tuméfiés de bonne heure ; les douleurs sont vives, les dents tombent, l'état général devient rapidement cachectique, tant par le développement de la tumeur que par les hémorrhagies qui sont parfois très répétées et très abondantes. Tous ces caractères permettent de différencier le cancer de l'épulis sarcomateuse qui, sans doute, peut aboutir, quoique très rarement, à une ulcération, toute mécanique d'ailleurs, mais ne se complique pas d'hémorrhagie, ne s'accompagne généralement pas d'adénopathie, et affecte une marche beaucoup plus lente, sans arriver d'ordinaire à retentir sur l'état général.

Nous passons sous silence l'anévrysme de la dentaire inférieure, dont on cite les observations, et qui se distingue par des hémorrhagies répétées ; les angiomes, qui sont congénitaux et réductibles ; les fibromes sous-muqueux, très rares ; le chondrome, non moins exceptionnel.

Nous ne nous arrêterons pas davantage aux tumeurs proprement dites des maxillaires, où le corps de l'os est primitivement envahi et déformé, tandis que dans l'épulis le rebord alvéolaire garde sa configuration, de même que le cul-de-sac gingivolabial ; la tumeur forme une saillie nette, elle est tout en dehors <sup>1</sup>.

Quand on a mis à part les diverses affections que nous venons de passer en revue, il reste à faire le diagnostic de la variété d'épulis. S'agit-il d'un fibrome ou bien d'un sarcome à myélo-

1. TILLAUX, *Chirurgie clinique*, t. 1.

plaxes ? La réponse à cette question ressort déjà de ce que nous avons dit au chapitre des symptômes.

Nous devons y revenir en quelques mots.

L'épulis fibreuse forme une tumeur bien limitée, de consistance uniformément dure, à surface lisse, sans bosselures ; la muqueuse qui la recouvre reste toujours saine et conserve sa coloration rosée. La marche est extrêmement lente et le volume atteint par le néoplasme est rarement considérable.

L'épulis sarcomateuse est caractérisée par la coloration rouge vineux de la muqueuse qui lui donne pour ainsi dire un aspect érectile ; ce qui est dû, nous le savons, à la vascularisation abondante des tumeurs à myéloplaxes, signe sur lequel insistait E. Nélaton. La forme de la tumeur n'est pas régulièrement arrondie, il y a des bosselures, des irrégularités de contour ; on la délimite moins facilement. La consistance n'est pas uniforme : en certains points, le doigt perçoit une sensation de dureté, en d'autres de quasi-fluctuation ; dans l'ensemble, la masse est plutôt molle, tandis que le fibrome est dur dans toutes ses parties. La marche est plus rapide que celle du fibrome, le volume acquiert dans le même temps des dimensions plus considérables.

Est-il possible de pousser plus loin l'analyse ? De ce que le sarcome myéloïde est familier au rebord alvéolaire, et devra tout d'abord s'offrir au diagnostic, il ne s'ensuit pourtant pas qu'on ne puisse se trouver en présence de la variété globo ou fusocellulaire, bien autrement grave ; mais les signes qui pourraient permettre cette distinction sont bien précaires, du moins au début. D'ailleurs cliniquement, le diagnostic de sarcome suffit, puisque l'intervention immédiate est indiquée dans tous les cas.

---

## CHAPITRE VI

---

### Traitement.

---

Le traitement de l'épulis a été discuté du jour où ce genre de tumeur a été observé. Cela n'a rien d'étonnant du reste; on obtenait parfois d'excellents résultats par des moyens anodins, quasi médicaux, alors que dans d'autres cas, l'excision au bistouri était suivie de récurrence.

C'est que là on enlevait de simples fongosités de gencives tandis qu'à côté on avait affaire à de l'épulis sarcomateuse. Le terme épulis prêtait à l'ambiguïté et l'on comprenait sous ce nom les tumeurs les plus diverses.

Le choix du traitement et l'appréciation de ses résultats reposent donc sur la base d'un diagnostic précis, qui seul devra diriger l'intervention.

Voyons d'abord les divers moyens chirurgicaux qui ont été proposés. La cautérisation est le plus ancien. On la pratiquait soit avec les caustiques chimiques, tel le chlorure de zinc, soit avec le fer rouge.

La ligature de la tumeur avec un fil de soie ou d'argent a également été employée. Elle est applicable quand le pédicule est mince, mais il est certain qu'elle laisse toujours au-dessous d'elle une plus ou moins grande portion du tissu morbide.

L'acupuncture, la galvanopuncture ont été essayées et ont obtenu des succès dans certains cas.

L'excision a été la pratique la plus répandue. On peut la faire soit avec les ciseaux, soit au bistouri, en ayant soin de ne pas ménager les tissus, pour être sûr de dépasser les racines du mal. On la fera suivre avantageusement d'une ou plusieurs cautérisations.

Toutefois, il est évident que ces procédés n'atteignent pas les tumeurs qui ont un point de départ osseux, ce qui est sûrement le cas dans l'épulis sarcomateuse. Aussi beaucoup de chirurgiens sont-ils d'accord pour conseiller la résection de la portion de l'arcade alvéolaire qui correspond à la tumeur. Cette résection se fait avec une pince coupante ; on vient à bout de l'hémorragie par la compression et la cautérisation au rouge sombre.

Mais une question se pose : doit-on toujours, dans tous les cas, pratiquer cette résection ? C'est un point qui a divisé depuis longtemps les opinions ; car il est clair que l'ablation d'une portion de l'arcade alvéolaire complique l'intervention, si simple et si rapide dans le cas d'excision pure de la tumeur au bistouri ; d'autre part, le malade n'accepte souvent que difficilement cette opération, à une période où il n'éprouve pas de douleurs vives, où le néoplasme est peu volumineux, et fait seulement sentir sa présence par la gêne de la mastication et du mouvement des mâchoires.

Résumons en quelques mots notre avis. Quand il s'agit d'une épulis fibromateuse, l'intervention la plus simple réussit la plupart du temps, et il suffira d'enlever la tumeur au bistouri, puis de cautériser une ou plusieurs fois sa surface d'implantation.

Quand au contraire les caractères cliniques auront permis de reconnaître l'épulis sarcomateuse, il ne saurait y avoir ni doute ni hésitation dans la marche à suivre, quand bien même on devrait forcer la main au malade. On commencera d'abord par enlever la dent ou les dents au voisinage desquelles s'est développée la tumeur ; elles sont du reste le plus souvent tombées ou ébranlées par le fait de son développement.

Puis on excisera la partie la plus saillante du néoplasme, de manière à bien découvrir son pédicule. Nous verrons au chapitre des Observations qu'il a été quelquefois nécessaire de débrider la commissure; mais c'est un cas tout à fait exceptionnel. On fait alors à l'aide d'une pince coupante, sauter l'arcade alvéolaire à ce niveau, de façon à bien comprendre les racines de la tumeur, qui non enlevées, seraient l'origine d'une récurrence certaine.

Enfin il s'agit d'assurer l'hémostase, puis l'antisepsie buccale par des lavages et des solutions appropriées.

La rugination précédée de l'ablation peut fournir de bons résultats, et a été préconisée par les auteurs qui veulent éviter la déformation consécutive des gencives, ou du moins la réduire à son minimum. Mais on ne sait jamais quelles sont les connexions exactes de l'os avec la tumeur, et l'on s'expose, par parcimonie, à laisser aux limites du champ opératoire une partie de la production néoplasique. Or il est important d'écarter à tout prix la rechute, non pas tant pour elle-même qu'en raison de sa malignité possible, et la résection du rebord alvéolaire nous paraît être une méthode plus prudente.

Le malade ne devra pas être perdu de vue pendant un certain temps, car on n'est jamais sûr d'avoir enlevé la totalité des tissus morbides, et en cas de récurrence, qui est toujours plus grave dans l'épulis sarcomateuse que l'atteinte primitive elle-même, il est indiqué d'avoir recours aussi précocement que possible à une nouvelle intervention.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I ( inédite ).

*Épulis sarcomateuse siégeant sur le bord alvéolaire du maxillaire inférieur. Ablation large. Récidive au bout de deux ans, nécessitant la résection partielle du maxillaire inférieur.*

La nommée Marie D... couturière, âgée de trente ans, entre au mois de juin 1896 dans le service de M. le Dr Michaux, à l'hospice d'Ivry, pour une petite tumeur qui s'est développée au niveau de la gencive inférieure.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — A toujours eu mal aux dents depuis l'âge de vingt ans, et fait fréquemment des fluxions dentaires.

Description de la maladie. — Il y a un an, la malade a commencé à souffrir de sa deuxième molaire inférieure gauche. Un dentiste consulté constata une carie dentaire peu avancée et promit la guérison sans enlever la dent, simplement en plombant celle-ci. Malheureusement, le plombage, loin de donner un bon résultat, ne fit qu'augmenter les douleurs, si bien qu'au bout de deux mois, la malade supplia elle-même le dentiste d'arracher la dent réparée.

Cette extraction amena un soulagement instantané complet ; car à partir de ce moment toute douleur disparut de la mâchoire inférieure. Cependant l'excavation déterminée par l'arrachement de la dent ne se comblait pas, et, chose qui inquiétait particulièrement la malade, de cette excavation sortait un liquide séro sanguinolent assez infect et qui donnait à l'haleine une odeur désagréable.

Au commencement de janvier 1896, Marie D... constata que les bords de l'alvéole en question étaient tuméfiés, violacés et que de la

cavité de celui-ci sortait un bourgeon charnu rouge foncé. Sans s'inquiéter davantage, la patiente se contenta de demander une consultation à son pharmacien, qui prescrivit des badigeonnages iodés sur la gencive malade. Au bout de deux mois, non seulement ces topiques n'avaient amené aucune amélioration, mais la tuméfaction avait considérablement augmenté.

Retour chez le pharmacien, qui prescrivit un nouveau collutoire, lequel n'eut d'ailleurs pas plus de succès que le précédent ; néanmoins la malade l'essaya avec une persévérance inouïe, et ce ne fut qu'au bout de deux mois, en mai, qu'elle prit enfin le parti d'aller chercher une consultation, non plus chez son pharmacien, mais à l'hospice d'Ivry, où on voulut aussitôt l'admettre pour l'opérer ; mais la malade recula d'abord devant l'intervention et ce n'est qu'un mois plus tard, en juin, qu'elle consentit à se confier aux chirurgiens.

Examen à l'entrée de l'hôpital. — On constate au niveau du bord alvéolaire du maxillaire inférieur du côté gauche une tumeur de la grosseur d'une cerise. Cette tumeur, sessile, arrondie, plus ou moins lisse, présente une coloration rouge violacé et occupe exactement l'espace correspondant à la deuxième grosse molaire absente ; tandis qu'en dehors elle ne dépasse pas la troisième molaire, en dedans elle se prolonge en avant et en arrière de la première molaire qui se trouve en quelque sorte enchâssée en partie. La muqueuse gingivale à ce niveau est parfaitement saine.

Au palper la tumeur présente une consistance molle, uniforme ; la moindre pression la fait facilement saigner, mais ne détermine pas en revanche la moindre douleur. Ajoutons que depuis quelques mois la malade se plaint du côté droit de la même mâchoire, de névralgies dentaires, occasionnées par la carie des molaires droites.

La mastication est extrêmement gênée, d'une part du côté gauche par le fait de la tumeur, d'autre part du côté droit à cause des douleurs dentaires. De plus, quoique l'écoulement soit maintenant insignifiant, l'haleine reste toujours fétide. Pas d'engorgement ganglionnaire.

On porte le diagnostic d'épulis, et on décide l'opération pour le surlendemain. En attendant, pour obtenir une aseptie buccale

relative, on préconise des lavages à l'eau boriquée toutes les deux heures.

Opération par M. Hivet, interne du service. La malade étant chloroformée, les arcades dentaires sont écartées et maintenues au moyen d'un ouvre-bouche. M. Hivet procède alors à l'extraction avec un davier des première et troisième molaires ; puis à l'aide des cisailles, enlève sur le bord alvéolaire du maxillaire inférieur un coin osseux dont la base, large de 2 centimètres, correspond à l'implantation de la tumeur, et dont la hauteur mesure environ 1 centimètre 1/2. A ce moment, petite hémorrhagie en nappe provenant de la section osseuse, mais qui est facilement arrêtée par un simple tamponnement avec la gaze aseptique.

Suites opératoires très simples; la malade continue ses lavages fréquents à l'eau boriquée et sort au bout de trois jours de l'hôpital. Elle revient huit jours après, la cicatrisation est parfaite, et on l'adresse à un dentiste qui lui applique un excellent appareil prothétique.

Deux ans 1/2 plus tard, au mois de décembre 1898, M. Hivet, alors interne de M. le Professeur Le Dentu à l'hôpital Necker, voit arriver son ancienne opérée se plaignant de ce que sa tumeur avait récidivé.

En effet, la bouche étant largement ouverte et l'appareil prothétique enlevé, on constate que les deux bords de la dépression cunéiforme sont notablement tuméfiés, surtout celui du côté interne. La tuméfaction, irrégulière, molasse, violacée, dépasse inférieurement le sillon gingivo-labial. Comme autrefois, ni douleur ni engorgement ganglionnaire.

Le Professeur Le Dentu fait le diagnostic de sarcome du maxillaire inférieur et décide une résection partielle de l'os. Opération, chloroforme. Le Professeur le Dentu fait une incision d'environ 4 centimètres, longeant du côté gauche le bord inférieur du maxillaire; puis, par cette incision, l'os est ruginé et séparé sur toute l'étendue de la plaie des parties molles avoisinantes, y compris les muqueuses buccale et labiale. Au moyen de la scie à chaîne, on résèque alors environ 4 centimètres du corps du maxillaire. Les muqueuses buccale et labiale sont ensuite suturées l'une à

l'autre, ainsi que les lèvres cutanées. On laisse à demeure un petit drain et une mèche iodoformée.

Suites opératoires parfaites. La malade sort au bout de trois semaines. Elle revient vers la fin de février 1899 ; la guérison s'était maintenue. Depuis nous n'avons plus entendu parler d'elle.

La pièce enlevée a été examinée au laboratoire du Professeur Le Dentu; il s'agissait manifestement d'un sarcome à myélopaxes.

---

## OBSERVATION II ( inédite ).

*Épulis sarcomateuse du bord alvéolaire du maxillaire supérieur.  
Ablation. Guérison constatée pendant trois mois.*

Henri W... charretier, vingt-neuf ans, entre au commencement de novembre 1898 dans le service du Professeur Le Dentu à l'hôpital Necker, pour une tumeur de la gencive supérieure.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucune particularité. Le malade n'a jamais eu mal aux dents.

Début. — Il y a six mois, en mai 1898, Henri W... s'apercevant qu'il saignait facilement au niveau de la première molaire supérieure droite, examina celle-ci au moyen d'une glace et constata qu'il y avait entre elle et la première incisive un bourgeon charnu de la grosseur d'un petit pois. Le malade s'inquiéta d'autant moins de cette petite excroissance qu'il n'en souffrait nullement, et ce ne fut qu'au commencement de novembre 1898, que, voyant sa tumeur augmenter régulièrement de volume, il se décida à se présenter à l'hôpital Necker, où il fut aussitôt reçu dans le service du Professeur Le Dentu.

A l'inspection, la bouche étant ouverte, on découvre au niveau du bord alvéolaire du maxillaire supérieur du côté droit une tumeur sessile implantée sur ce bord et de la grosseur d'une petite noisette. Cette tumeur présente une coloration violacée ; elle est non pas lisse mais mamelonnée ; elle est de forme arrondie. La deuxième incisive droite et la première molaire sont en quelque sorte

enchâssées dans elle ; ces deux dents sont saines et la muqueuse avoisinante paraît normale. Au palper, la petite masse est molle et facilement saignante ; la pression ne réveille pas la moindre douleur. Le diagnostic d'épulis s'impose.

Opération le 5 novembre. Chloroforme. Les arcades étant maintenues écartées au moyen d'un ouvre-bouche, le Professeur Le Dentu arrache à l'aide d'un davier la deuxième incisive et la première molaire supérieures droites. Ensuite, avec la pince coupante, il taille dans le rebord alvéolaire un coin osseux dont la base inférieure correspond précisément à l'implantation de la tumeur. Un tampon de gaze iodoformée assure l'hémostase. — Suites opératoires très bonnes. Le malade sort de l'hôpital le cinquième jour en excellent état. Il revient dix jours après pour faire examiner sa plaie, qui est parfaitement cicatrisée. On l'adresse à M. Gillard, dentiste, pour l'application d'un appareil prothétique.

Le malade est revu au commencement de février 1899 ; la guérison se maintenait. Depuis nous n'avons pu nous procurer de ses nouvelles.

L'examen anatomo pathologique, fait au laboratoire de la Clinique, a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

---

### OBSERVATION III ( inédite ).

*Épulis fibreuse siégeant au niveau du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. Ablation, guérison.*

Marie T... infirmière à l'hospice d'Ivry, entre en mars 1896 dans le service de Chirurgie de cet hôpital pour une petite tumeur du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, s'accompagnant de violentes douleurs dentaires. Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent pas de particularité.

Début. — Il y a cinq mois, violentes douleurs dentaires au niveau de la deuxième molaire supérieure gauche, qui, à ce moment, com-

mençait déjà à s'entourer d'un petit bourrelet. Depuis, les névralgies dentaires surviennent sous forme de crises à des intervalles plus ou moins rapprochés. Depuis un mois cependant elles paraissent moins intenses et moins fréquentes ; quoi qu'il en soit, le petit bourrelet gingival s'est développé pendant ce temps, et il cache aujourd'hui en partie la deuxième molaire.

A l'inspection, on constate au niveau de cette deuxième grosse molaire supérieure gauche une tumeur ayant les dimensions d'une petite noisette. Cette tumeur contient pour ainsi dire la deuxième molaire qui n'en émerge guère que tout à fait par son extrémité inférieure. Elle est arrondie, lisse, de coloration rosée, et est séparée par un petit sillon du bord alvéolaire sur lequel elle s'implante. Elle est donc presque pédiculée. La muqueuse gingivale à son niveau est parfaitement saine.

Le palper de la petite masse dénote une dureté très accusée.

D'après ces caractères, il s'agit probablement d'une épulis fibreuse.

Opération, chloroforme. Les arcades étant écartées au moyen d'un ouvre-bouche, l'interne du service arrache péniblement les deux premières molaires supérieures. Puis, au moyen de la pince coupante, il taille un coin osseux à base inférieure comprenant et au-delà toute la surface d'insertion de la tumeur.

L'hémostase est assurée par l'application d'un tampon de gaze stérilisée.

Au bout de quinze jours, la cicatrisation est complète et l'on fait appliquer un appareil prothétique.

Nous avons eu récemment des nouvelles de Marie T... ; la guérison s'était maintenue et il n'y avait aucune menace de récurrence.

---

#### OBSERVATION IV.

(In Thèse de Philippeau, Paris 1886.)

L... (Adolphe), âgé de vingt-six ans, entre, le 18 février 1885, dans le service de M. le Dr Polaillon, salle Broca, lit n° 30.

Le malade ne présente aucune espèce d'antécédents personnels ou héréditaires. Sa santé a toujours été excellente; il est d'une forte constitution.

Il y a deux mois, L... s'est aperçu qu'il portait sur la face antérieure du maxillaire supérieur, au niveau de la première grosse molaire droite, une petite tumeur grosse comme un pois, implantée sur la gencive, faisant corps avec elle, et se prolongeant vers le sillon gingivo-génien. La molaire correspondante était cariée depuis longtemps, mais n'avait jamais causé de souffrances au malade.

Peu à peu, la tumeur grossit; au bout de trois ou quatre semaines environ, la dent cariée devint douloureuse et une grande partie tomba spontanément par fragments. Les douleurs furent d'ailleurs très modérées. L'appétit et l'état général demeuraient excellents. Aux lésions locales il ne s'était ajouté ni ulcérations, ni hémorrhagies. Seul, le volume de la tumeur, causant dans la mastication une gêne fonctionnelle assez grande, décide le malade à entrer à l'hôpital. A ce moment-là, on trouve sur le bord alvéolaire droit du maxillaire inférieur une tumeur arrondie du volume d'une noix, étendue de la deuxième petite molaire à la deuxième grosse molaire et allongée suivant le bord de l'os. Au niveau de la dent tombée, dont il reste encore un morceau, la tumeur déborde légèrement l'arcade dentaire, et s'étend fort peu à la face interne. Elle est d'une indolence absolue, sa consistance est ferme, égale en tous ses points, son aspect uniforme, sa couleur rosée, l'épithélium de la muqueuse gingivale paraît normal à sa surface. Elle ne saigne que rarement et fort peu, lorsque le malade mange. Son implantation se fait par une large surface qui lui donne une base solide. Toutefois, grâce à un sillon étroit, le pédicule est moins étendu qu'il ne le paraît au premier abord. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. L'état général est excellent.

*21 février.* — Le malade est endormi avec le chloroforme. Les deux molaires les plus rapprochées sont enlevées avec un davier. Puis, à l'aide d'une tricoise, M. le Dr Polaillon extirpe, avec la tumeur, toute la partie du bord osseux sur laquelle elle est implantée. Toute la surface ainsi mise à nu est cautérisée avec soin au fer rouge, surtout au niveau des cavités alvéolaires.

Gargarismes phéniqués au centième.

L'examen histologique fait par M. Toupet, interne des hôpitaux, montre qu'il s'agissait bien d'un sarcome développé aux dépens de la couche profonde du périoste.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La plaie s'est promptement recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Le malade sort complètement guéri le 13 mars suivant.

---

#### OBSERVATION V.

(In Thèse de Philippeau, Paris 1886.)

Lemouroux (Pierre-Marie), âgé de vingt-cinq ans, soldat au 11<sup>e</sup> régiment d'artillerie, entre dans le service des blessés de l'hôpital militaire de Versailles, lit n° 10, le 12 février 1884, pour une tumeur de la cavité buccale. De haute taille et d'apparence vigoureuse, cet homme a toujours joui d'une très bonne santé et n'accuse pas d'autre maladie antérieure qu'une adénite suppurée du cou, du côté droit, survenue dans son enfance. Ses parents se portent bien ; jamais, dans sa famille, il n'a entendu parler d'accidents analogues à ceux qu'il présente aujourd'hui.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à dix-huit mois environ. Au mois d'août ou de septembre 1882 il sentit, pour la première fois, quelque chose d'anormal, une « grosseur » implantée sur les gencives du maxillaire supérieur droit, au niveau de la portion la plus reculée du bord alvéolaire et englobant en partie les deux dernières grosses molaires. Le volume de la tumeur s'accrut rapidement; aussi, au bout d'un mois, le malade se décida à consulter le major de son régiment, qui l'envoya à l'hôpital. Là, on pratiqua avec le thermocautère, l'extirpation de la tumeur qui était grosse comme une noisette. Puis, chaque jour, on cautérisa avec des crayons de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent le point d'implantation. Le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois.

Six ou sept mois après cette première opération, c'est-à-dire vers

le mois de mai 1883, la tumeur recommença à se développer et atteignit en un mois et demi, un volume plus considérable que lors de la première poussée. Entré de nouveau à l'hôpital, le malade y subit encore l'extirpation de cette tumeur faite avec le thermocautère et sortit au bout de trente-cinq jours.

Un délai de cinq mois s'écoula sans nouvelle récurrence. Depuis un peu plus d'un mois, le néoplasme commence à repulluler.

Le jour de l'entrée, on constate, au niveau de la dernière molaire supérieure droite, l'existence d'une tumeur rouge, solide, saignant facilement, étendue du bord alvéolaire, sur lequel elle empiète très peu, vers la voûte palatine et le pilier antérieur du voile du palais. Son volume est celui d'une grosse noix ; elle est aplatie et tranche par sa couleur rouge un peu foncé sur la muqueuse rosée qui l'environne. Le malade souffre peu, la mastication est très difficile et cause un petit écoulement de sang. Voix nasonnée. Les deux molaires entourées par le tissu morbide sont noirâtres et en partie détruites.

26 février. — Ablation de la tumeur au thermocautère, sans dépasser les limites apparentes du mal. Cautérisations ultérieures avec le nitrate d'argent.

M. Babinski, interne des hôpitaux, voulut bien se charger d'examiner la tumeur et nous donner les renseignements résumés ci-après : Au-dessous de l'épithélium stratifié et du tissu de la muqueuse palatine, on constate la présence de fibres musculaires striées assez nombreuses, offrant toutes les lésions de la myosite, tuméfaction du protoplasme, atrophie de la substance striée, multiplication des noyaux, et, par places, dégénérescence vitreuse. Dans l'intervalle des fibres, et dans presque toute l'étendue des coupes, se trouve un tissu embryonnaire parcouru par des vaisseaux à parois minces et dilatées.

15 mars. — Malgré les cautérisations, d'ailleurs peu énergiques, il est évident que le sarcome récidive. Le malade a déjà maigri un peu, ses forces ont sensiblement diminué, bien que l'appétit soit conservé. Sous l'angle de la mâchoire inférieure, il est facile de sentir deux ou trois ganglions durs, dont la tuméfaction remonte à quelques semaines.

Bientôt, le malade reçoit son congé de réforme, et quitte définitivement l'hôpital pour retourner dans son pays.

---

#### OBSERVATION VI.

*Tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur, prise d'abord pour une tumeur fibro-plastique. Excision de la tumeur suivie de cautérisation à la pâte de Canquoin. — Récidive. — Ablation suivie de rugination de l'os et de cautérisation à l'acide chromique.*

(In Thèse de Gœury, 1880.)

M<sup>lle</sup> X... âgée de dix-sept ans, a toujours joui d'une excellente santé; rien de particulier à noter dans ses antécédents ni dans ceux de sa famille.

Au mois de juillet 1875, elle s'aperçut que derrière la canine inférieure droite, il s'était produit une petite tumeur molle, qui en peu de temps augmenta suffisamment de volume pour arriver à déplacer cette dent. Elle alla alors consulter à Marseille un médecin qui, en examinant cette région, s'aperçut qu'en outre de la tumeur, le rebord alvéolaire était le siège d'un gonflement notable, et que la dent incisive avoisinant la canine était déviée comme cette dernière, mais à un moindre degré. On percevait un sentiment d'élasticité manifeste, pas de crépitation parcheminée.

En présence de ces symptômes significatifs d'une production organisée dans le corps même de l'os, ce médecin se fit assister par l'un de ses confrères qui, partageant son avis, voulut bien se charger de l'opération.

On commença par enlever la canine, puis l'alvéole fut exploré et trouvé sain. On procéda alors à l'ablation de la tumeur, et, avec une curette, on enleva les prolongements qui paraissaient s'étendre dans la substance même de l'os. La tumeur incisée, aucun liquide ne s'écoula. Examinée au microscope, elle parut formée exclusivement de cellules embryoplastiques.

Pansements journaliers, extractions de débris solides, cautérisations avec la pâte de Canquoin. La suppuration s'établit, la plaie se déterge et on laisse la cicatrisation se faire peu à peu.

Au mois de novembre suivant, au niveau de la deuxième incisive droite, l'arcade alvéolaire devient proéminente, et le même médecin, appelé, constate une tuméfaction du bord alvéolaire qui est élastique et dépressible; il perçoit pendant plusieurs jours la crépitation parcheminée à ce niveau, mais bientôt elle disparaît, en même temps que la tumeur prend un volume plus considérable. Toutes les incisives présentent bientôt un peu de mobilité.

Tous ces accidents augmentent jusque dans le courant de février 1876, époque à laquelle la malade vient consulter M. Magitot.

*État actuel.* — Mlle X... présente une déformation sensible de la lèvre inférieure qui est notablement soulevée. Le bord alvéolaire est le siège d'une tumeur qui s'étend de la place qu'occupait la canine droite qui a été arrachée jusqu'à la canine gauche. Cette tumeur s'élève en hauteur jusqu'au bord libre des dents sur lesquelles elle s'est moulée. Son volume est à peu près celui d'un œuf de pigeon.

La tumeur est dure, élastique et résistante. Sa coloration est lie de vin. Elle saigne facilement quand on la blesse. On ne perçoit pas à son niveau de crépitation osseuse.

En arrière, la gencive est gonflée, dure et élastique, mais il n'y a pas à proprement parler de tumeur. Les quatre dents incisives qui s'implantent dans le bord alvéolaire, à son niveau, sont ébranlées et mobiles. Nulle part on ne provoque de la douleur.

*Diagnostic.* — Tumeur à myéloplaxes ayant récidivé par suite d'une ablation incomplète.

Opération faite le 26 février 1876. M. Magitot extrait avec un davier les quatre incisives qui s'implantent dans la tumeur, et avec un bistouri enlève tout ce qu'il peut des parties molles, puis il rugine la gouttière osseuse qui résulte de l'ablation des dents. L'opération se fait sans présenter rien de particulier, si ce n'est une hémorrhagie assez abondante, mais qui s'arrête rapidement.

2 mars. — L'opérée va bien; il n'y a eu aucune complication inflammatoire.

Au bout de quelques jours, on constate, au fond de la gouttière osseuse, des bourgeons de mauvaise nature constitués par la reproduction du tissu néoplasique. Applications sur ces points de gâteaux de ouate recouverts d'une couche légère d'acide chromique pur. Ces applications sont faites, suivant l'habitude de M. Magitot, au moyen d'une baguette de bois, taillée à plat, sur laquelle on enroule un peu de coton qu'on saupoudre de quelques petits cristaux d'acide chromique pur. Cette baguette est promenée sur toute l'étendue de la plaie, et les parties cautérisées sont recouvertes d'un tampon de ouate qu'on laisse en place dix minutes.

Les applications d'acide chromique ont été répétées une fois par semaine à peu près, jusqu'au milieu de juin.

A cette époque, la gouttière était très profonde et se trouvait recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. On laisse les bourgeons charnus se reformer, pour combler la cavité énorme produite par les nombreuses cautérisations et dont le fond n'est pas loin de la crête du menton. La guérison est complète au mois de juillet.

---

#### OBSERVATION VII.

*Fibromes multiples du bord alvéolaire inférieur guéris par l'excision suivie de cautérisations répétées avec l'acide chromique.*

(In Thèse de Gœury, 1880.)

M<sup>me</sup> B... âgée de quarante-six ans, est encore menstruée régulièrement, elle est d'une bonne santé habituelle. Elle ne souffre pas ordinairement des dents, bien qu'elle en ait perdu un certain nombre, mais à une époque déjà éloignée.

Il y a sept ou huit ans, M<sup>me</sup> B... commença à remarquer qu'autour d'une grosse molaire inférieure gauche, d'ailleurs saine en apparence, il s'était produit une tuméfaction de la gencive, qui ne s'accompagna d'aucune sensation quelconque.

Environ une année après ce début, une masse analogue se produisit autour de la deuxième petite molaire du même côté. Cette petite molaire était séparée de la grosse molaire par un intervalle vide depuis longtemps, par suite d'extractions, et d'ailleurs dépourvue d'aucune altération.

Peu après, et environ dans l'espace d'une autre année, trois tumeurs semblables se produisirent au côté droit de la même mâchoire, toujours avec la même indolence. Ces trois masses occupaient, l'une le pourtour d'une grosse molaire, l'autre le voisinage de la première petite molaire droite; la troisième siégeait auprès de débris de la première grosse molaire interposés aux deux masses précédentes.

Ces productions, d'abord stationnaires comme volume pendant trois ou quatre années, prirent depuis cette époque un développement assez considérable pour gêner les mouvements et les fonctions de la bouche et produire sous les joues des saillies visibles extérieurement.

Au mois de juillet 1868, M<sup>me</sup> B... qui habite Montmorency, fut consulter M. le Professeur Verneuil, qui nous adressa la malade.

Nous constatons l'état suivant :

Les deux masses de gauche ont le siège que nous avons indiqué ; leur volume est environ celui d'une grosse noix, elles sont dures, rénitentes, d'une coloration blanchâtre et recouvertes de la muqueuse lisse et polie. La surface est mamelonnée. La masse, placée au fond de la bouche, dépasse, par son développement en hauteur, le niveau de la couronne de la grosse molaire, qui semble enfoncée au centre de la tumeur. Cette dent est toutefois assez ébranlée.

La seconde masse de gauche est également mamelonnée et semble avoir pris son développement au dehors ; elle se dirige vers la face interne de la joue.

Des trois tumeurs de droite, celle du fond est la plus volumineuse ; elle représente encore le volume d'une forte noix. Les deux autres sont à peu près du volume d'une noisette. Nous constatons en outre la présence de deux autres petites tumeurs qui ont absolument les mêmes apparences et qui siègent en avant des canines inférieures ; elles ont le volume d'un pois.

À la mâchoire supérieure, il n'y a aucune altération analogue.

Le siège particulier de ces productions au voisinage des dents nous fait supposer que celles-ci ne sont point étrangères à la maladie; nous sommes même portés à croire que le périoste pourrait être le siège primitif du mal. On verra par les détails du traitement que les productions devaient plutôt être attribuées au bord gingival lui-même.

Dans notre première hypothèse, nous conseillons et pratiquons immédiatement l'extraction de la première grosse molaire gauche, centre de la tumeur.

Cette opération entraîne au dehors de l'alvéole la dent sans difficulté. Mais celle-ci reste adhérente à la masse de la tumeur qui se déchire et dont un lambeau reste attaché à la racine. Nous achevons l'avulsion en sectionnant les adhérences et en enlevant en même temps avec le bistouri une portion assez étendue de la tumeur.

L'examen de la pièce nous montre en effet une adhérence intime des tissus morbides à la membrane périostale de la racine. Quant à l'examen microscopique, il nous révèle la constitution particulière aux tumeurs fibreuses proprement dites : trame cellulaire serrée avec interposition de noyaux et corps fusiformes fibroplastiques. Le tissu est en outre assez vasculaire, mais ne présente que de rares tubes nerveux.

Cinq jours après cette première avulsion, nous faisons dans la cavité qui occupe le centre de la masse restante une application d'acide chromique monohydraté. Huit jours après nous revoyons la malade, qui nous apprend qu'elle n'a éprouvé de cette première application qu'une douleur faible, plutôt de la gêne et de l'embarras de la bouche à la suite de l'escharre. Nous renouvelons quatre fois encore la cautérisation en faisant les deux dernières avec l'acide chromique solide et, au bout d'un mois et demi, ce point est entièrement guéri.

La deuxième masse morbide de gauche, celle qui entoure la première grosse molaire, est traitée directement par l'acide chromique sans extraction de la dent. Les cautérisations sont faites au niveau du collet de celle-ci et de manière à pénétrer par la face profonde

du bord gingival au centre de la tumeur. Au bout d'environ deux mois, et concurremment avec le traitement des autres points de la bouche, la tumeur est complètement affaissée, la dent n'a rien perdu, ni de sa physionomie, ni de sa solidité.

Des trois tumeurs de droite, l'une, celle qui entourait les débris de racines, a été cautérisée par l'acide chromique après ablation de ces débris; la seconde, celle du fond de la bouche, la plus volumineuse, avait pour centre une dent déviée et ébranlée, qui ne pouvait non plus être conservée; son extraction eut lieu.

La troisième masse fut traitée comme sa parallèle du côté opposé par l'emploi seul des cautérisations; les deux petites masses avoisinant les canines furent excisées et leur pédicule cautérisé à plusieurs reprises.

Au bout de quatre mois environ de traitement par des applications d'acide chromique solide ou monohydraté, répétées tous les six ou huit jours, M<sup>me</sup> B... était entièrement guérie sans que le traitement ait présenté aucune complication ni aucun accident.

Nous avons revu au mois de janvier dernier (1869) M<sup>me</sup> B...; aucune trace de la maladie n'a reparu.

---

#### OBSERVATION VIII.

*Recueillie par le Dr Jeannel. — Fibrome mou du bord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche ayant débuté dans l'alvéole d'une dent canine arrachée, chez une nourrice; ablation de la tumeur et résection du bord alvéolaire au troisième mois de l'allaitement. — Examen histologique de cette tumeur, par M. le Dr Nepveu, chef de laboratoire à l'hôpital de la Pitié.*

(In Thèse de Gœury, 1880.)

Clofullia (Marie), vingt-sept ans, sans profession, entre à l'hôpital de la Pitié le 27 janvier 1880, salle Saint-Augustin, lit n° 3, service de M. le Professeur Verneuil.

Cette femme, assez robuste, nourrit un enfant de trois mois, vivace et de bonne grosseur; elle ne signale dans son enfance ni dans son adolescence aucune maladie digne d'être notée. Régliée sans accident entre douze et treize ans, elle s'est mariée à vingt ans et a eu cinq enfants, tous bien portants.

Elle est atteinte actuellement d'une tumeur du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur du côté gauche, implantée au niveau de la canine qui a été arrachée.

Cette tumeur date de sept ans. Elle est survenue à l'époque de la première grossesse, consécutivement à l'avulsion de la canine gauche cariée, et dont un morceau de racine serait, dit-elle, resté dans l'alvéole. La gencive a alors gonflé de plus en plus à partir du jour de cette avulsion, sans jamais causer de douleur vive, mais en déterminant néanmoins une grande gêne dans la mastication.

La malade est alors entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Cruveilhier, en mai 1874; il n'y avait à cette époque qu'un gros bourgeon émergeant de l'alvéole qui, semble-t-il, aurait été détruit par une cautérisation au fer rouge. La malade est sortie au bout de quinze jours, se croyant guérie.

Cependant la tumeur n'a pas tardé à récidiver. Au bout d'un an elle a repris du volume et a toujours été grossissant, mais aussi indolente. La malade est alors entrée à l'hôpital Necker, dans le service de M. Desormeaux, qui a pratiqué l'extirpation en arrachant une dent voisine. Elle est sortie guérie au bout de trois semaines, se croyant définitivement débarrassée. Vain espoir; une troisième fois la tumeur a récidivé sur place en novembre 1878 et la gêne qu'elle cause actuellement oblige la malade à réclamer de nouveau les secours de la chirurgie. On ne peut trop dire d'ailleurs si les récidives ont une relation quelconque avec les grossesses ou l'allaitement, la malade ayant toujours été enceinte ou nourrice. Quoi qu'il en soit, la dernière récidive est survenue à l'époque du dernier accouchement.

On constate aujourd'hui, 27 janvier, une tumeur trilobée, implantée dans l'alvéole de la canine gauche; deux lobes font saillie: l'un, le plus petit, sous la lèvre inférieure; l'autre, le plus gros, sous la joue; le troisième remplit à peu près la moitié gauche de la voûte

palatine, tout en ayant le rebord alvéolaire comme point d'implantation. Cette tumeur est rouge, lisse, mobile, indolore, rénitente, et présente de petites exulcérations superficielles. Elle grossit lentement et n'a pas provoqué d'adénopathie.

Tout le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche jusqu'à la dernière molaire est mobile et nécrosé. Le volume de la tumeur et l'état des dents rendent la mastication et la parole fort difficiles.

Il y a donc indication formelle d'opérer; mais d'autre part, il y a nécessité d'éviter chez l'opérée, qui est nourrice, toute fièvre traumatique ou septique qui retentirait sur la lactation. Il faudra donc multiplier ici les précautions antiseptiques ordinaires.

L'opération est pratiquée le 6 février. M. Verneuil rugine d'abord la tumeur à ses implantations et resèque ensuite, à l'aide d'une pince coupante, toute la portion nécrosée du rebord alvéolaire jusqu'à la dernière molaire; deux ou trois branches de la palatine donnent un peu de sang qui est arrêté à l'aide du thermocautère.

On ne peut naturellement placer aucun pansement sur la plaie cavitaire buccale, qui résulte de l'opération. On pratiquera seulement toutes les deux heures, dans la bouche, des pulvérisations d'eau phéniquée au 1/000, et la malade aura soin de s'instiller elle-même dans la bouche de l'eau chloralée à chaque instant.

6 février. — T. avant l'opération, 37, 6, soir, 39, 2.

L'examen histologique de la tumeur fait par M. Nepveu démontre qu'elle est constituée par du tissu conjonctif très lâche, presque gélatineux.

L'opération pratiquée sur un foyer pathologique a eu son résultat ordinaire, c'est-à-dire une élévation brusque de la température.

Le 7. — L'opérée est en bon état, elle ne souffre nullement, a un peu d'appétit, a une selle. La plaie a bon aspect. L'haleine n'a aucune odeur fétide.

T. 37, 8, soir, 38.

Le 8. — La plaie n'est pas détergée. Rien de nouveau. Fièvre cependant le soir, qui est expliquée par une longue visite du mari avec lequel l'opérée a beaucoup parlé, ce qui l'a fatiguée. Toujours aucune fétidité de l'haleine.

T. 37, 8, soir, 39, 2.

*Le 9.* — La joue gauche est un peu enflée et un peu plus rouge que la droite, même aspect de la plaie.

Le soir, névralgie frontale ; la malade y est sujette, elle a transpiré, mais n'a pas eu de frissons. Les accès de fièvre du soir ne dépendent-ils pas de migraines réveillées par l'opération ? T. 38,5. Soir 39,5.

*Le 10.* — Deux selles dans la journée. Insomnie grâce à l'enfant que l'on sèvrera de nuit dorénavant. T. 37,8. Soir 38,8.

*Le 11.* — Rien de nouveau. T. 37,8. Soir 38.

*Le 12.* — L'opérée salive beaucoup. La plaie n'est pas encore détergée ; elle est toujours couverte d'une fausse membrane grisâtre et assez douloureuse. Toujours pas de fétidité de l'haleine. T. 37,6. Soir 38,2.

*Le 13.* — L'opérée va bien ; la plaie se déterge. T. 37,4. Soir 37,8.

*Le 14.* — Tout va pour le mieux. T. 37,4.

*Le 20.* — La malade demande à sortir et sort en effet. Il existe encore un point grisâtre au niveau de l'endroit touché au thermocautère où il y a sans doute un peu de nécrose du maxillaire.

*Complément d'observation.* — 11 mars. — L'opérée revient voir M. Verneuil ; elle est méconnaissable, tant elle a repris de l'embonpoint. La figure est très régulière, elle parle seulement avec un peu de difficulté ; elle a toujours beaucoup de lait et son nourrisson va toujours à souhait. La cicatrisation est à peu près complète. Il subsiste cependant un point où se détache un petit séquestre ; c'est le point touché par le thermocautère pour arrêter la petite hémorrhagie qui a eu lieu pendant l'opération.

---

#### OBSERVATION IX.

##### *Épulis à myélopaxes du bord alvéolaire inférieur.*

(In Thèse de Nélaton, 1860.)

La nommée Pape (Augusta), jeune fille de vingt ans, gouvernante, demeurant à Paris, née à Cologne (Prusse), entre le 7 mars 1859 à

l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau (Salle Sainte-Catherine, n° 10.)

Cette jeune Allemande est blonde, bien constituée, d'une bonne santé habituelle. Elle entre à l'hôpital pour une petite tumeur du maxillaire inférieur, dont elle s'est aperçue il y a quatre mois, et qui a débuté sans cause appréciable. Cette tumeur est aujourd'hui du volume d'une noisette, ovoïde, située sur la face postérieure du bord alvéolaire, en arrière de la deuxième incisive, de la canine et de la première molaire du côté droit, auxquelles elle correspond. Par sa limite inférieure, elle avoisine le plancher de la bouche, et, par sa limite supérieure, atteint le bord tranchant des incisives. La consistance est assez ferme, quoiqu'un peu élastique ; sa couleur livide, bleuâtre, légèrement violacée ; elle adhère franchement à l'os maxillaire, sur lequel il est impossible de la rendre mobile ; les dents correspondantes ont été ébranlées ; l'une d'elles est même tombée depuis quelques jours. Il n'existe aucun battement dans cette tumeur ; quelquefois, dit la malade, elle donne lieu à un léger suintement sanguin, et, depuis un mois surtout, elle a pris un développement rapide, à la suite, dit-elle, de plusieurs piqûres qu'elle y aurait faites avec une épingle.

*Le 10 mars 1859*, M. Velpeau pratique, à l'aide d'une trichoise, l'extirpation de la portion osseuse alvéolaire qui supporte la tumeur ainsi que les dents correspondantes.

La tumeur enlevée est formée par un tissu de consistance charnue, dont la coloration à la surface de la coupe est d'un rouge pâle, presque blond, et tout à fait comparable, pour la couleur et la consistance, à la chair musculaire du veau. Il est recouvert entièrement par le tissu gingival aminci, qui lui adhère ; il est en connexion intime avec la partie la plus élevée de la face postérieure du bord alvéolaire ; cependant le tissu de l'os, même à ce niveau, n'a éprouvé qu'une perte de substance presque insignifiante, qui l'a seulement rendu un peu rugueux et inégal dans un point très limité. En examinant attentivement cet endroit, on aperçoit, en effet, dans le tissu osseux, une toute petite excavation anfractueuse, dont la largeur et la profondeur ne dépassent guère 2 millimètres ; il semble que la tumeur ait débuté dans un point de ce tissu extrê-

mement voisin de sa superficie, et qu'elle se soit ensuite développée tout entière à l'extérieur de l'os, c'est-à-dire sous la membrane périosto-gingivale qui tapisse le haut de sa face postérieure.

La structure intime du produit morbide a été examinée avec soin au microscope. Il était constitué par une grande quantité de myéloplaxes qui se présentaient sous la forme de plaques minces, très irrégulières, très nombreuses, contenant dans leur intérieur plusieurs noyaux ovalaires également répartis dans toute leur substance et pourvus d'un et quelquefois de deux nucléoles. La forme de ces myéloplaxes était des plus variées ; leur dimension maximum était également très variable, entre 1 et 10 centièmes et même 15 centièmes de millimètre ; le nombre des noyaux compris dans l'épaisseur de chaque plaque était en général très considérable ; il était de 15 à 20 environ pour les plaques de moyenne grandeur.

Outre ces éléments, on trouvait, en seconde ligne, des éléments fusiformes munis d'un gros noyau central ovalaire, pourvu lui-même d'un nucléole central entouré de granulations très foncées ; dans la partie extérieure au noyau, c'est-à-dire vers leurs extrémités, ces éléments fusiformes offraient un aspect granuleux partout uniforme, et non cet aspect fibrillaire qu'ils présentent lorsqu'ils sont sur le point de se transformer en tissu fibreux.

L'ensemble des myéloplaxes composait au moins les deux tiers de la masse totale de la tumeur ; les éléments fibro-plastiques en représentaient environ un quart, et le reste était constitué par des granulations graisseuses, des granulations moléculaires, et de loin en loin des plaques d'hématosine presque à l'état de cristallisation.

*Le 16 mars*, la malade va très bien ; aucun accident n'est survenu ; elle demande sa sortie. Exeat.

Quelques jours après, la cicatrisation était achevée. Nous avons pu suivre cette personne pendant trois mois encore, sans remarquer la moindre menace de récidive ; au mois de juin, elle s'en retournait en Allemagne dans un état parfait de santé.

---

OBSERVATION X.

*Epulis à myélopaxes de la mâchoire inférieure  
(variété fibroïde).*

(In Thèse de Nélaton, 1860.)

La nommée Beillié, petite fille de neuf ans, se présente à l'hôpital des cliniques le 18 juin 1859. Elle porte une tumeur de la grosseur d'une petite noisette, située un peu au-dessous du feston gingival, sur la face externe du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, dans un point qui correspond à la première et à la deuxième petite molaire du côté droit; ces dents sont saines et légèrement ébranlées. La tumeur est parfaitement indolente, de forme hémisphérique, d'une dureté fibro-cartilagineuse et très adhérente à l'os, sur lequel elle repose avec une large base; elle est recouverte par la muqueuse gingivale qui présente, vers son sommet, une légère ulcération.

Cette tumeur a débuté il y a six ou huit mois, immédiatement après la chute d'une petite molaire de la première dentition, qui était cariée. Elle a été excisée au mois de janvier dernier par un médecin de la ville, à l'aide de ciseaux courbes, mais elle s'est reproduite presque aussitôt après cette opération insuffisante.

M. le Professeur Nélaton procède aujourd'hui même à une extirpation plus complète, après avoir fait respirer quelques gouttes de chloroforme. Il veut toutefois ménager autant que possible le bord alvéolaire, pour préserver l'enfant d'une déformation trop considérable; au lieu donc de réséquer la portion osseuse correspondante du bord alvéolaire, comme semblerait l'indiquer le danger d'une seconde récurrence, il se contente pour cette fois de circonscrire la base de la tumeur avec le tranchant d'une gouge, en pénétrant assez profondément dans le tissu osseux pour en obtenir l'éradication.

La tumeur ainsi enlevée est soumise à une coupe; elle est constituée dans toute son épaisseur par un tissu homogène d'une fermeté comparable à celle du tissu fibreux, d'une coloration gris rou-

geâtre, qui rappelle celle des fibres musculaires de la vie organique ; cette teinte se rapproche en même temps beaucoup de celle du tissu gingival, lequel paraît, en effet, se confondre intimement avec la substance morbide.

Les éléments anatomiques qui composent cette tumeur permettent de la ranger encore parmi les tumeurs à myéloplaxes. Les plaques à noyaux multiples, sans affecter une prédominance très marquée, représentent cependant plus de la moitié de la masse totale ; leurs dimensions varient entre 0<sup>mm</sup> 02, et 0<sup>mm</sup> 06 ; leurs noyaux, au nombre de 8 à 10 en moyenne, sont généralement pâles et peu accusés. Le reste de la tumeur est formé en majeure partie par des éléments fusiformes, auxquels s'ajoutent des noyaux libres, des granulations moléculaires et des traces de tissu fibreux. Du reste, ces divers éléments paraissent uniformément répartis dans toute l'étendue de la substance morbide.

Quelques jours après, la petite malade nous est ramenée à la consultation : la portion de gencive intermédiaire aux deux fausses molaires est boursouflée, sous forme de fongosité, ce qui fait naître quelques inquiétudes ; on se préparait à réséquer sur-le-champ cette petite portion suspecte, lorsque l'indocilité de l'enfant força de remettre à plus tard l'exécution de ce dessein. Cette intumescence gingivale était probablement de nature inflammatoire ; car au lieu de s'accroître, elle diminua sensiblement les jours suivants, en sorte que la guérison s'opéra sans entraves.

Trois mois après (5 octobre), nous revîmes l'enfant ; elle était en très bon état ; les dents s'étaient parfaitement consolidées ; la cicatrice était à peine visible, et il ne restait d'autre trace de la maladie qu'une légère dépression de l'os maxillaire appréciable au toucher au niveau du point où siégeait aujourd'hui la tumeur.

Il y a aujourd'hui (mars 1860) neuf mois que l'enfant a été opérée, et son état est toujours aussi satisfaisant.

---

OBSERVATION XI.

*Épulis à myéloplaxes de la mâchoire inférieure (variété type).*

(In Thèse de Nélaton, 1860.)

Un homme de trente ans, pâle et chétif, d'apparence cachectique, porte une tumeur de la grosseur d'une petite noix et de couleur pourprée, adhérente au bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, au niveau des deux premières molaires gauches; elle s'accroît depuis environ une année, et depuis peu de temps elle est devenue douloureuse; elle est aujourd'hui un peu ulcérée à son côté interne, et s'accompagne de la présence d'un ganglion sous-maxillaire dont l'engorgement peut être attribué à l'irritation de cette petite solution de continuité.

On pratique avec une tenaille incisive l'ablation de la tumeur et de la portion osseuse alvéolaire sur laquelle elle s'implante. Après quelques mois, l'engorgement ganglionnaire était en voie de résolution; la santé générale était bonne; il n'y avait nulle trace de récurrence.

La tumeur, à la surface de la coupe, paraissait très vasculaire; elle offrait une couleur d'un rouge sombre, parsemé çà et là de teintes jaunes ou gris clair; elle était formée presque uniquement de plaques à noyaux multiples, très grandes et à contours très branchus.

---

OBSERVATION XII.

*Tumeur à myéloplaxes logée dans l'alvéole d'une grosse molaire supérieure et spécialement adhérente au périoste dentaire.*

(In Thèse de Nélaton, 1860.)

La demoiselle G... âgée de vingt-deux ans, se présenta le 10 juillet 1858. Il y avait deux mois qu'elle avait commencé à souffrir de tous les

symptômes d'une névralgie dentaire. La douleur avait son foyer principal au niveau de la première grosse molaire supérieure droite et s'étendait vers la région temporale : elle était continue, s'exaspérait le soir et se calmait pendant la nuit ; elle devenait très vive lorsqu'on pressait sur la dent molaire, et par conséquent aussi pendant la mastication, qui était extrêmement pénible. La dent douloureuse était vacillante et profondément cariée ; la plupart des autres molaires étaient cariées, mais indolentes. Au pourtour de la dent douloureuse, le bord alvéolaire était à peine tuméfié, mais la gencive était décollée de la surface dentaire, et, au niveau de ce décollement, existait un suintement purulent. Cette portion gingivale et peut-être même l'intérieur de l'alvéole, était le siège de saignements fréquents, spontanés ou provoqués, et suivis de soulagement. Au bout de quinze jours, les accidents s'étaient calmés complètement ; ils n'avaient reparu que depuis quatre jours, et avec les mêmes caractères. — M. Magitot, pour des raisons que nous ne pouvons détailler ici, soupçonna la présence d'une production accidentelle développée dans l'alvéole et agissant par compression sur un des filets nerveux correspondants. Il fit l'extraction de la dent à l'aide d'un davier, et amena, en effet, avec les racines de cette dent, une production charnue du volume d'une petite fève, qui leur était infiniment adhérente ; pareille chose lui était déjà plusieurs fois arrivée, mais c'était pour des tumeurs d'une nature histologique différente. Celle-ci était en grande partie enchâssée dans l'intervalle des racines de la dent ; sa surface extérieure était grisâtre et régulière ; sa coupe, d'une couleur rougeâtre bien accusée, rappelait celle des tumeurs myéloplaxiques les plus franches, et l'examen microscopique pratiqué par M. Ch. Robin démontra effectivement qu'elle était principalement composée de plaques à noyaux multiples ; on y trouvait aussi une trame lamineuse, puis des globules purulents, qui annonçaient qu'elle avait subi un certain degré d'inflammation. — L'extraction de la dent fut suivie d'une hémorrhagie qui dura plusieurs heures et s'arrêta spontanément. Six mois après, la jeune fille a été revue bien portante.

---

OBSERVATION XIII.

*Épulis à myéloplaxes du bord alvéolaire inférieur.*

(In Thèse de Nélaton, 1860.)

Un jeune homme, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, depuis très longtemps déjà avait remarqué l'existence d'un petit tubercule rougeâtre implanté sur le bord alvéolaire de la portion droite du maxillaire inférieur, occupant la place de la deuxième petite molaire, perdue depuis longtemps. Cette tumeur, d'un rouge vif, ferme au toucher, indolente et solidement adhérente à l'os, présentait le volume d'une aveline; elle couvrait toute la portion correspondante du bord alvéolaire, et le débordait même un peu du côté de la langue et du côté de la joue.

Quoique l'implantation n'en parût pas profonde, et que le corps de la mâchoire à ce niveau parût tout à fait sain, j'aurais conseillé, pour extirper sûrement tout le mal, la résection d'un fragment triangulaire du bord alvéolaire.

On se contenta de braser la partie saillante, opération qui ne fut ni longue ni douloureuse, mais qui était nécessairement insuffisante. Quelque temps après, dit M. Verneuil, j'opérai à mon tour; mais, comme ce qui restait de la tumeur était très minime, j'essayai de le détruire avec le cautère galvanique, qui me permettait d'agir avec lenteur et précision dans la cavité buccale. Je plongeai le cône rougi dans le fond de l'alvéole, et crus avoir tout détruit. Cependant je vis bientôt renaître un petit bourgeon accolé à la gencive qui entourait la grosse molaire. Le mal récidivera donc par suite de ces opérations incomplètes, et il faudra, si l'on veut en finir, opérer plus largement.

La maladie ne fut jamais douloureuse; les ganglions du cou ne présentèrent jamais d'engorgement; quant à la structure, elle était tout à fait simple et caractéristique.

---

OBSERVATION XIV.

*Épulis de la mâchoire inférieure, opérée par excision.*

(GUERSANT, *Revue therap. du Midi*, 1857.)

M. Guersant a présenté à la Société de Chirurgie (séance du 11 mai 1853) un enfant de dix ans, doué d'une bonne constitution, qui portait, sur le bord supérieur de la mâchoire inférieure, à gauche, une tumeur consistante, mobile, saignante, d'une couleur rouge assez vive. M. Guersant, éprouvant quelque hésitation pour diagnostiquer la nature de cette affection, demande à quel traitement il faut recourir. MM. Gosselin, Forget et Lenoir, qui ont observé des tumeurs semblables, conseillent d'enlever avec la tumeur la portion d'os qui la porte.

Dans la séance du 22 juin, M. Guersant a de nouveau présenté ce jeune garçon. L'opération a été pratiquée à l'aide d'une cisaille courbe. La totalité de la tumeur et la partie du rebord alvéolaire à laquelle elle adhérait ont été enlevées d'un seul coup. Au fond de l'encoche, résultant de l'opération, apparaît une dent de deuxième dentition. Il a été nécessaire de fendre la commissure labiale obliquement en bas, pour pouvoir faire manœuvrer l'instrument. La cicatrisation a eu lieu par première et par seconde intention.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Il faut réserver le nom d'épulis aux tumeurs fibromateuses et sarcomateuses du rebord alvéolaire des deux mâchoires.

II. — L'étiologie de la maladie est obscure, et l'on ne sait rien de bien précis à mettre en lumière.

III. — L'étude histologique de l'épulis sarcomateuse montre qu'elle est essentiellement constituée par des myéloplaxes, ce qui explique la bénignité relative habituelle de cette variété de sarcome.

IV. — Les symptômes sont variables suivant qu'on se trouve en présence de l'une ou l'autre variété de l'épulis; le fibrome et le sarcome ont des caractères suffisamment tranchés en général pour que l'on puisse et que l'on doive faire le diagnostic, soit de la tumeur elle-même, soit de sa variété.

V. — L'évolution permet de considérer trois périodes : une période de début ou de douleur; une période d'état ou de tumeur; une période d'ulcération, à laquelle l'épulis aboutit rarement d'ailleurs.

VI. — Le diagnostic doit être fait d'abord avec toutes les autres tumeurs du rebord alvéolaire; mais il est non moins important pour le traitement de déterminer la variété à laquelle on a affaire.

VII. — Le pronostic doit être réservé dans l'épulis sarcomateuse, car on peut voir survenir une récurrence grave, après une

ablation même large (*Observation I*, où l'épulis récidiva sous forme de sarcome du corps du maxillaire).

VIII. — Un traitement simple et facilement accepté par le malade suffit en cas de fibrome : excision pure suivie ou non de cautérisation ; la récurrence est assez rare et ne se complique pas d'ailleurs d'une gravité plus grande que celle de la première atteinte. Au contraire, dans le cas de sarcome, si petite que soit la tumeur, et si peu importants soient les accidents éprouvés par le malade, il est de rigueur de comprendre avec l'excision la résection de la portion attenante de l'arcade alvéolaire. Encore ne sera-t-on pas toujours sûr d'avoir coupé court à la récurrence.

Vu :

*Le Professeur Président :*

Paris, le 26 juin 1900,

TILLAUX.

Vu :

*Le Doyen,*

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- AMBROISE PARÉ. — *Œuvres complètes*, Lyon, 1864, 12<sup>e</sup> édition.
- BÉGIN. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.
- BOYER. — *Traité des Maladies chirurgicales*.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
- DÉSIR DE FORTUNET. — *Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives*. (Revue de Chirurgie, Paris, 1887, t. VII.)
- FORGET. — *Anomalies dentaires*.
- GIRALDES. — *Leçons cliniques. Observations d' tumeurs à myéloplaxes du maxillaire supérieur*.
- GÉURY. — *Des Tumeurs solides du bord alvéolaire*. Thèse, Paris, 1880.
- KIRMISSON. — *Traité de Pathologie externe*.
- LAFONT. — *Communication à l'Académie de Médecine* (6 septembre 1831).
- LEBERT. — *Physiologie pathologique*.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
- LÉVEILLÉ. — *Traité complet de Pathologie, de Thérapeutique et d'Opérations chirurgicales*. Paris, 1812.
- LOURDAN. — *Traité des Maladies de la bouche*.
- MAGITOT. — *Article « Maxillaires »* (pathologie) in *Dictionnaire des Sciences médicales*.
- MARJOLIN et BÉRARD. — *Article « Gencives »* in *Dictionnaire de Médecine*.
- NÉLATON (A.). — *Éléments de Pathologie chirurgicale*, Paris, 1847.
- NÉLATON (E.). — *Mémoire sur les Tumeurs à myéloplaxes*. Thèse de Doctorat, 1860.

- NYSTEN. — *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie.*
- PHILIPPEAU. — Thèse de Paris, 1886.
- RICHARD. — *Des Tumeurs myéloïdes.* Thèse Strasbourg, 1867.
- RICHET. — *Épulis à myélopaxes du maxillaire inférieur.* (Bulletin Société de Chirurgie, 1861.)
- SAMUEL COOPER. — *Traité élémentaire de Pathologie chirurgicale.*
- SAUREL. — *Revue thérapeutique du Midi,* Montpellier, 1857, t. XI.
- TERRILLON et BEZ. — *Communication à la Société anatomique,* mars 1872.
- TILLAUX. — *Traité de Chirurgie clinique,* t. I.
- TRÉLAT. — *Gazette des Hôpitaux,* Paris, 1877.
- VIDAL DE CASSIS. — *Traité de Pathologie externe et de Médecine opératoire.*
- VIRCHOW. — *Pathologie des Tumeurs,* t. II.
-

---

IMPRIMERIE FR. SIMON, SUCC<sup>r</sup> DE A. LE ROY

IMPRIMEUR BREVETÉ

---



